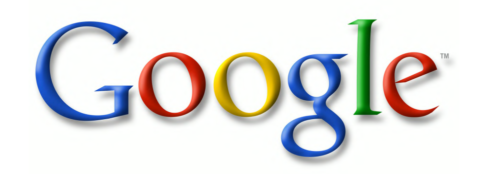
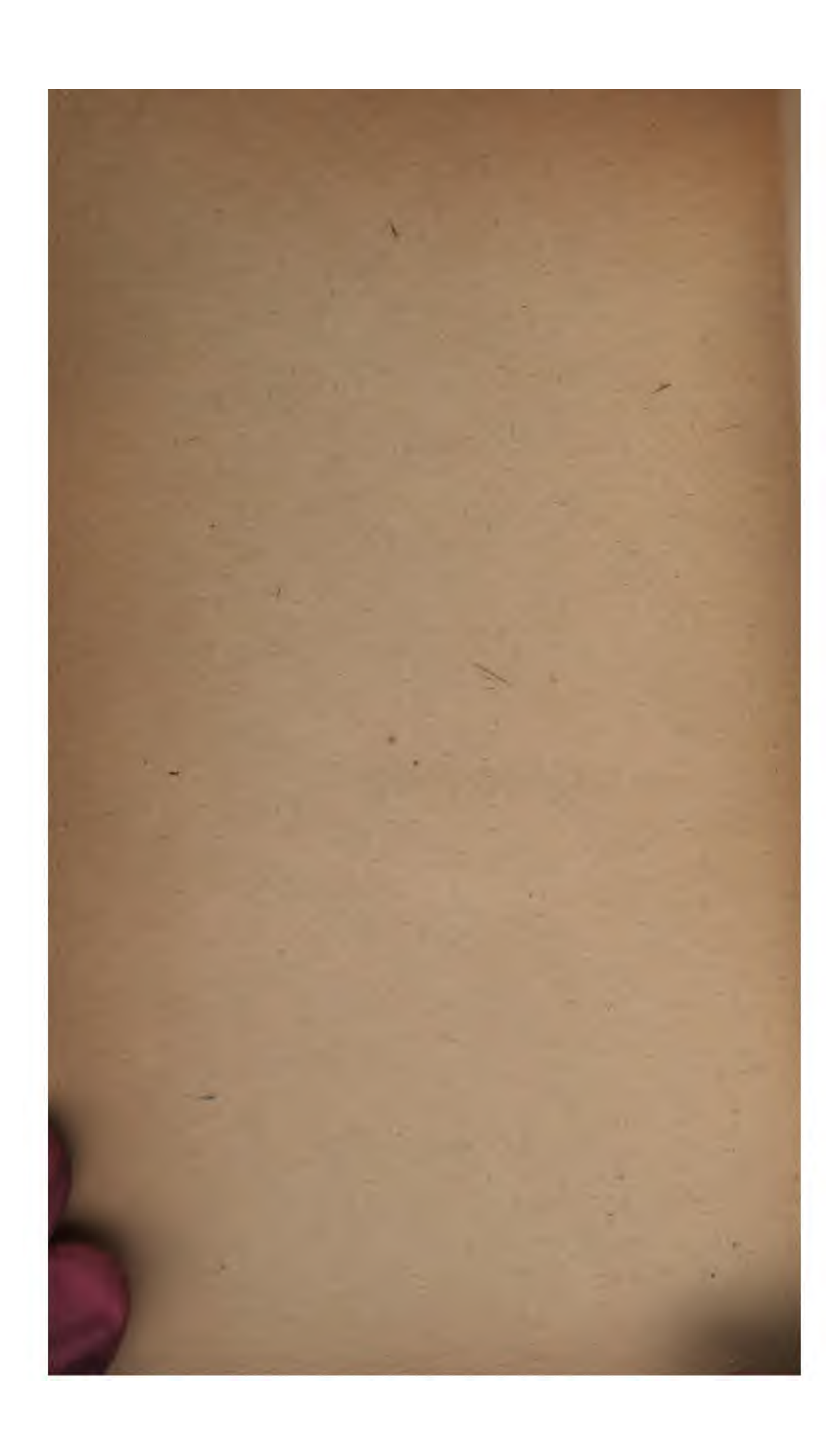
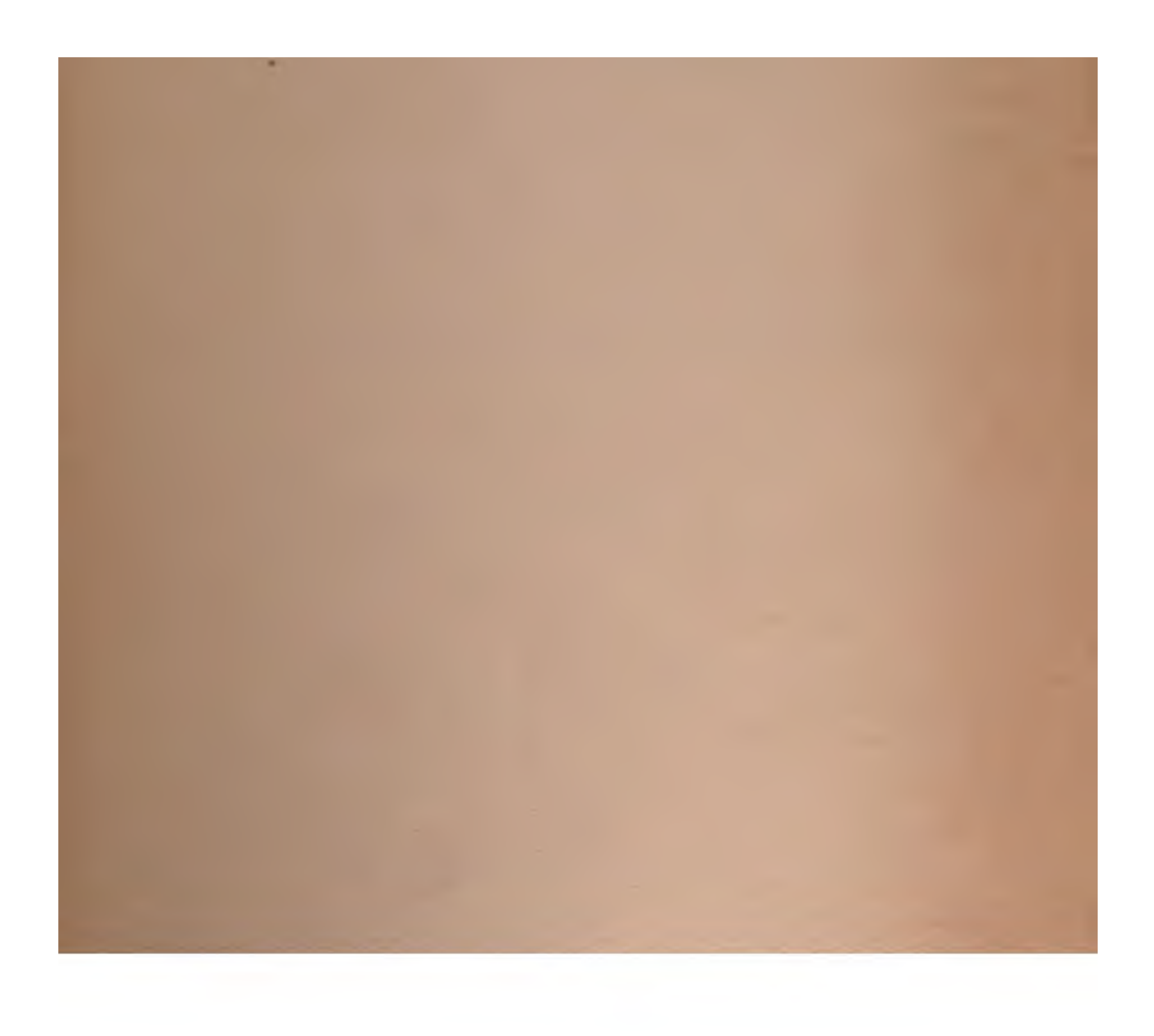

Google


LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
T5 .I61 1892 STOR
Internationaler Dermatologischer Congres









II. INTERNATIONALER

# DERMATOLOGISCHER CONGRESS

ABGEHALTEN

IN WIEN IM JAHRE 1892.



II. INTERNATIONALER

# DERMATOLOGISCHER CONGRESS

ABGEHALTEN

IN WIEN IM JAHRE 1892.

## BERICHT ÜBER DIE VERHANDLUNGEN


VERFASST VON

DR. GUSTAV RIEHL

GENERAL-SECRETÄR.



WIEN 1893

VERLAG DES II. INTERN. DERMATOLOGISCHEN CONGRESSES

DRUCK VON FRIEDRICH JASPER IN WIEN.

# STATUTEN.

1. Der **II. Internationale Dermatologische Congress** wird vom 5. bis 10. September 1892 in Wien tagen. Die Sitzungen finden im Gebäude der Universität, I., Franzensring, in den Stunden von 9—11 $^1/_2$ Uhr und von 12—2 Uhr statt.

2. Mitglied dieses Congresses kann jeder Arzt werden, welcher vor Beginn des Congresses seinen Beitritt anmeldet und den festgesetzten Beitrag leistet.

Der Mitgliedsbeitrag ist mit 25 Francs (= 20 Mark = 12 Gulden ö. W.) festgesetzt und berechtigt zugleich zum Bezuge eines Exemplares des Congressberichtes.

Die Mitgliedskarte kann vom 30. Juni 1892 ab gegen Erlag des Mitgliedsbeitrages bezogen werden.

Theilnehmer, welche verhindert sind, den Congress persönlich zu besuchen, aber die Congressberichte zu beziehen wünschen, werden ersucht, den Mitgliedsbeitrag an den Generalsecretär mittelst Postanweisung zu senden.

Anmeldungen zum Beitritt, zu Vorträgen, sowie Anfragen sind an den Generalsecretär Dr. Gustav Riehl, Wien, I/20, Bellariastrasse 12, oder an einen der Herren auswärtigen Secretäre zu richten.

3. Die Wahl des definitiven Bureau, des Präsidenten, der Vicepräsidenten, Vorsitzenden und der Schriftführer wird in der Eröffnungssitzung des Congresses durch das Organisationscomité eingeleitet werden.

Die Mitglieder des Organisationscomités sind in das definitive Bureau wählbar.

4. Die Sitzungen des Congresses sind öffentlich. Angemeldete Vorträge können in beliebiger Sprache gehalten werden.

Die Herren Mitglieder, welche einen Vortrag oder eine Demonstration zu halten wünschen, werden ersucht, dem Generalsecretär bis 15. Juni 1892 hievon unter Anführung des Titels derselben Mittheilung zu machen.

5. Die Verhandlungsgegenstände des Congresses sind theils vom Organisationscomité festgesetzt und vorbereitet, theils von den Mitgliedern frei gewählt.

6. Die Titel der Vorträge und Demonstrationen werden vor Beginn des Congresses veröffentlicht werden.

Das vollständige Programm der Verhandlungen wird Mitte Juli 1892 ausgegeben und wird die Liste der bis dahin eingeschriebenen Congressmitglieder, sowie die Namen der für die Hauptthemata vorgemerkten Redner und derjenigen Herren enthalten, welche Vorträge und Demonstrationen angemeldet haben.

7. Bei Verfassung der Tagesordnung haben die vor Beginn des Congresses angemeldeten und im Programm genannten Vorträge unbedingt den Vortritt.

8. Für Vorträge ist die Maximalzeit von 20 Minuten, für die Redner in der Discussion auf je 10 Minuten festgesetzt.

Dem Vorsitzenden steht das Recht zu, nach Ablauf dieser Zeit die Redner zu unterbrechen, eventuell an die Versammlung zu appelliren.

9. Der ausführliche Bericht über die Verhandlungen des Congresses wird durch das Organisationscomité redigirt und als eigener Band herausgegeben werden.

Die Mitglieder sind verpflichtet, das Manuscript ihres Vortrages oder einen eingehenden Auszug aus demselben vor Schluss der betreffenden Sitzung an das Bureau abzuliefern.

Das Organisationscomité entscheidet über die vollständige oder auszugsweise Wiedergabe desselben im officiellen Congressberichte.

10. Die Publication erfolgt in deutscher Sprache. In französischer oder englischer Sprache gehaltene Vorträge werden im Original erscheinen.

Die an der Discussion theilnehmenden Mitglieder verpflichten sich, spätestens bis zum Beginn der nächsten Sitzung, dem Bureau einen Auszug ihrer Mittheilung zu übergeben, falls sie sich nicht mit der Wiedergabe nach dem stenographischen Protokolle begnügen.

Das stenographische Protokoll der Discussionen wird vor Beginn der nächsten Sitzung zur Einsicht aufliegen.

In zweifelhaften Fällen entscheidet das Bureau.

Angemeldete Vorträge finden, auch wenn sie nicht thatsächlich abgehalten worden sind, Aufnahme in den officiellen Bericht.

# Organisations-Comité.

Das Organisationscomité des II. Internationalen Dermatologischen Congresses besteht nach der am Internationalen Dermatologischen Congress in Paris vorgenommenen Wahl aus folgenden Mitgliedern:

Professor Dr. Moriz Kaposi, Vorstand der dermatologischen Klinik in Wien (Präsident);
Professor Dr. J. Neumann, Vorstand der Klinik für Syphilis in Wien;
Professor Dr. E. Lang, k. k. Primararzt in Wien;
Docent Dr. H. v. Hebra, Abtheilungsvorstand der Poliklinik in Wien;
Docent Dr. F. Mraček, k. k. Primararzt in Wien;
Docent Dr. J. Grünfeld, Abtheilungsvorstand der Poliklinik in Wien;
Professor Dr. F. J. Pick, Vorstand der dermatologischen Klinik (deutsche Universität) in Prag;
Professor Dr. V. Janowsky, Vorstand der dermatologischen Klinik (tschechische Universität) in Prag;
Professor Dr. A. Jarisch, Vorstand der dermatologischen Klinik in Innsbruck;
Professor Dr. A. Rosner, Vorstand der dermatologischen Klinik in Krakau;
Professor Dr. E. Schwimmer, Vorstand der dermatologischen Klinik in Budapest;
Docent Dr. G. Riehl, k. k. Primararzt in Wien (Generalsecretär).

---

Das Organisationscomité hat, um den Verkehr mit den Aerzten der fremden Länder zu erleichtern, einige Fachcollegen gebeten, die Functionen eines Secretärs für ihr respectives Vaterland zu übernehmen.

Folgende Herren haben sich hiezu bereit erklärt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Boeck | Christiania. | Herm. Müller | Zürich. |
| Breda | Padua. | Pardo | Madrid. |
| Dubois-Havenith | Brüssel. | Petersen | Petersburg. |
| Feulard | Paris. | Petrini di Galatz | Bukarest. |
| van Haren-Nomann | Amsterdam. | da Silva Araujo | Rio de Janeiro. |
| Haslund | Kopenhagen. | Sommer | Buenos-Ayres. |
| Malcolm Morris | London. | Touton | Wiesbaden. |
| Prince A. Morrow | New-York. | Welander | Stockholm. |
| | | Zambaco | Constantinopel. |

---

# Vom Organisations-Comité aufgestellte Themata:

I. Ueber lymphatische Erkrankungen der Haut, vom pathologisch anatomischen Standpunkte. Docent Dr. R. Paltauf (Wien).

II. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lepra in Europa. Dr. Arning (Hamburg), Dr. Petersen (Petersburg).

III. Ueber Dermatomykosen, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Frankreich. Dr. Feulard (Paris).

IV. Ueber tardive Syphilis. Prof. Neumann (Wien).

V. Ueber Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes. Professor Jarisch (Innsbruck).

VI. Ueber Psorospermosen. Professor C. Boeck (Christiania), Professor A. Neisser (Breslau).

VII. Ueber die Principien der Gonorrhoebehandlung. Prof. Neisser (Breslau).

VIII. Ueber Lupus erythematosus. Dr. Malcolm Morris (London), Dr. Th. Veiel (Canstatt).

---

# Angemeldete Vorträge.

De Amicis, Neapel: 1. Ueber Psorospermosen der Haut. 2. Ueber einen die Existenz des wahren Trichoma beweisenden Fall.

Aubert, P., Lyon: 1. Recherches sur la secrétion sudorale et la secrétion sebacée. 2. Traitement du lupus par les solutions aqueuses mercurielles.

Barbe, Paris: Diagnostic différentiel de la syphilis pulmonaire et de la tuberculose pulmonaire.

Barduzzi, Siena: 1. Angiomelanosis lenticularis progressiva cutis. 2. Syphilis ab conceptione. 3. Syphilis hereditaria tarda.

Barthélemy, Paris: 1. Dermographisme. 2. Sur la longue durée de la contagiosité de la période secondaire dans certains cas de Syphilis bénigne.

Karl Berliner, Aachen: Ueber spontane Keloide.

Besnier, Paris: Sur le Prurigo.

Besnier et Hallopeau, Paris: Contribution à l'étude du mycosis fungoides.

Breda, Padua: Ueber Erytheme und Mikroorganismen der Mykosis fungoides.

Brocq, Paris: 1. Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens. 2. Remarques sur les alopécies des séborrhées et de la kératose pilaire.

Brocq et Jacquet, Paris: Forme insolite superficielle de tuberculose cutanée.

Bulkley, New-York: Thema vorbehalten.

Cehak, F., Wien: Ueber Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum sozojodolicum.

Ciavvochi, Rom: 1. Ueber Dermatomykosis favosa. 2. Ueber Bromexanthem bei Nervenleidenden.

O. Chiari, Wien: Ueber Pemphigus laryngis.

Martin Chotzen, Breslau: 1. Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe. 2. Beitrag zur Gonorrhoebehandlung. 3. Mikroskopische Demonstrationen.

Doutrelepont, Bonn: Zur Haut und Schleimhauttuberculose.

Aug. Ducrey, Neapel: 1. Ueber Cultur der Leprabacillen. 2. Ueber einige seltene Formen der Ichthyosis.

Ducrey-Oro, Neapel: Beitrag zur Pathogenesis und Histologie der spitzen Kondylome.

v. Düring, Pera: Ueber Lepra.

Ehrmann, Wien: 1. Ueber Anatomie und Physiologie des Hautpigments. 2. Discussion Psorospermosen. 3. Discussion Blennorrhoe.

Alfred Eddowes, London: Impetigo. Demonstration von Culturen von Favus, Herpes tonsurans und einigen selteneren Hautkrankheiten.

Eraud, Lyon: Recherches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique.

Feulard H., La question des teignes en France 1885—1892.

Feulard et Djelaleddin Mouhktar, Paris: Études statistiques sur la Syphilis ignorée.

E. Finger, Wien: 1. Ueber pathologische Anatomie der Urethritis chronica posterior und der blennorrhagischen Prostatitis chronica (mit Demonstration histologischer Präparate). 2. Beitrag zur Aetiologie und Anatomie des multiformen Erythems (mit Demonstration histologischer Präparate).

Fournier et Feulard, Paris: Études statistiques sur l'étiologie de la syphilis.

Calcott Fox, London: Thema vorbehalten.

Gaertner G., Wien: Demonstration der Kreiselcentrifuge und eines verbesserten Hämatokrits.

Gaucher, Paris: 1. Des metastases de psoriasis. 2. Guérison de quelques cas rares de Siphilis tertiaire.

Giovannini, Turin: Ueber die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie.

Leopold Glück, Sarajevo: 1. Ueber die häufigsten Hautkrankheiten des österreichisch-ungarischen Occupationsgebietes.

Grünfeld, Wien: Endoskopie.

Hallopeau et Jeanselme, Paris. Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse.

A. Hardy, Paris: Coup d'oeil sur l'état actuel de la Dermatologie.

Haslund, Kopenhagen: Alopecia leucodermica.

Havas, Budapest: Ueber Mikroorganismen bei Mykosis fungoides (Alibert).

H. v. Hebra, Wien: Themata vorbehalten.

K. A. Herzfeld, Wien: Beitrag zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes.

Houlky-Bey, Constantinopel: Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.

Hutchinson Jon., London: Demonstrationen: 1. Infective Angiomata. 2. Eruptionen, bedingt durch den Sommer und den Einfluss der Sonne. 3. Heilung von Xanthoma diabeticorum. 4. Melanosis in Connexion mit Lentigo senilis.

Jadassohn J., Breslau: Discussion Lupus erythematosus.

Janovsky, Prag: Weitere endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes.

Jessner, Königsberg: Ueber das Wachsthum der Favuspilze.

Joannu, Athen: 1. Ueber die Syphilis bei den alten Griechen. 2. Ueber Syphilis in Griechenland und eine specielle Form »Spyrokolon«.

Max Joseph, Berlin: Ueber Angiokeratosen mit mikroskopischen Demonstrationen.

Emanuel Kohn, Wien: Die contagiösen Hautkrankheiten im Kindesalter in ihrer Beziehung zur Schulhygiene.

Kollmann, Leipzig: 1. Die neuesten Verbesserungen der elektro-mikroskopischen Apparate und deren therapeutische Verwendung (Demonstration). 2. Discussion zu Thema »Blennorrhoe«. Demonstratinnen: Tumoren der Harnröhrenmündung bei Prostituirten; intraurethrale Papillome beim Manne; Entleerungs-Katheter bei Lithotripsie; Instrumente für die Stricturbehandlung.

A. Konried, Wien: Ueber quantitative Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis.

Kopp K., München: Beobachtungen über Lupus erythematosus.

Krowiczynski, Lemberg: Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis.

A. Lang, Moskau: Ueber ein neues Verfahren bei Gonococcenfärbung.

Leloir, Lille: 1. Syphilistherapie. 2. Ueber Pemphigus.

L. Lewin, Berlin: Ueber die Arznei-Ausschläge vom pharmakologischen Standpunkte aus.

E. Ludwig, Wien: Ueber den Nachweiss des Quecksilbers und über die Localisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.

S. Lustgarten, New-York: 1. Eine klinische Bemerkung betreffs Molluscum fibrosum. 2. Gangraena cutis hysterica. 3. Osmiumreaction des Pigmentes der Haut.

Oro Marius, Neapel: 1. Histologische und bakteriologische Untersuchungen im centralen und peripheren Nervensystem bei einem Leprafalle. 2. Histologisehe und bakteriologische Untersuchungen bei zwei Fällen von Pemphigus vegetans.

Mibelli, Sassari, Ueber die Histologie des Favus.

Mracek, Wien: Ueber Herzsyphilis.

Neumann, Wien: Ueber neue Lepraherde in Europa.

Petrini de Galatz, Bukarest: 1. Sur la pathogénie de la mort dans un cas de lupus érythémateux généralisé. 2. Pemphigus malignus, relation des lésions trouvées dans trois cas semblables avec préparations histologiques. 3. L'emploi du traitement dit mixte est il indispensable dans la Syphilis tertiaire?

Perrin, Marseille: 1. Cas de dégénéréscence colloide du derme. 2. Cas de ladrerie chez l'homme.

F. J. Pick, Prag: Die Dermatohyphomyceten in ätiologischer und pathologischer Beziehung.

S. Pollitzer, New-York: Zur Histologie des Herpes Zoster. Ueber Urticaria perstans. Das Ozonol in der Dermatotherapie.

J. Pringle, London: Thema vorbehalten.

Radcliff Crocker, London: 1. Dermatitis repens. 2. Adenoma sebaceum. 3. Acne scrophulosorum. Discussion: Lupus erythematosus.

Ravogli A., Cincinnati: Plaques muqueuses.

Riehl, Wien: 1. Leukaemia cutis. 2. Ueber multiple Endotheliome der Haut. 3. Mykosis fungoides d'emblée.

J. H. Rille, Wien: Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen.

Leslie Roberts, Liverpool: Herpes tonsurans.

Robinson, New-York: Dysidrosis.

Romniceano, Bukarest: De différentes formes de Syphilis infantile, observées à l'hôpital des enfants depuis l'année 1874 à 1892.

S. Rosalimos, Athen: Sur la fièvre dans la Syphilis.

Rosenthal O., Berlin: 1. Ueber atypische Psoriasis. 2. Ueber Lupus erythematosus.

Edmund Saalfeld, Berlin: Ein neues dermatotherapeutisches Präparat.

Scarenzio, Pavia: Ueber specifische Wirkung des Hg. gegen Syphilis.

E. Schiff, Wien: 1. Ueber eine besondere Form von Dermatitis ulcerosa. 2. Ueber Anwendung des hydrotherapeutischen Verfahrens bei Behandlung von Hautkrankheiten.

Hugo Schindelka, Wien: Ueber Dermatonosen des Hausthiere.

Ludwig Schuster, Aachen: Beobachtungen über Reinfection.

Schwenninger, Berlin: 1. Ueber Anwendung der örtlichen Hitze bei Hautkranken. 2. Einiges über Geschwulstbildung in der Haut.

Schwimmer, Budapest: Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luëtischen Affectionen.

Soffiantini, Pavia: Dermatologische Therapeutik.

Baldomar Sommer, Buenos-Ayres: Ueber Lupus erythematosus.

Balmanno Squire, London: On Rhinophyma and a new Method of operating for its removal.

Alfred Staub, Posen: Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.

Störk, Wien: Ueber Syphilis der Nasenschleimhaut.

Karl Szadek, Kiew: Syphilistherapie.

Tommasoli, Modena: Bericht über hypodermatische Einspritzungen mit Blutserum des Lammes gegen einige infectiöse Hautkrankheiten und besonders gegen Syphilis.

Louis Török, Budapest: Ueber die protozoënartigen Gebilde des Krebses.

K. Touton, Wiesbaden: 1. Beiträge zur Lehre von der Gonorrhöe der kleinen Hautdrüsen am Penis (mit Demonstrationen). 2. Die Gonococcen im Gewebe der Bartholinischen Drüse (mit Demonstrationen).

C. Ullmann, Wien: Zur Localisation des Quecksilbers in thierischen Geweben.

Verchère, Paris: Sur la Syphilis d'emblée.

Vineta-Bellaserra, Barcelona: Traitement de teigne pelade et faveuse par le naphtol.

Vidal, Paris: Du prurigo de Hebra.

Weinberg, Wien: Die Krätze und ihre ambulante Behandlung bei Arbeitern.

E. Welander, Stockholm: 1. Untersuchungen über die Absorption und Elimination bei unter verschiedenen Umständen ausgeführter Einreibungscur. 2. Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst Ueberstreichens, nicht Einreibens, mit Mercursalbe.

Winternitz R., Prag: Versuche über Hautabkühlung.

Zambaco Pascha, Constantinopel: Sur la lèpre.

Zeferino Falcao, Lissabon: La lèpre en Portugal.

Max von Zeissl, Wien: Ueber die Innervation der Blase.

# Verzeichniss der Mitglieder des Congresses.

| Name | Ort |
|---|---|
| Amicis, de Th. | Neapel. |
| Anderson, Mac Call | Glasgow. |
| Arning, E | Hamburg. |
| Arnozan | Bordeaux. |
| Aubert | Lyon. |
| | |
| Babes | Bukarest. |
| Balzer | Paris. |
| Barbe | Paris. |
| Barduzzi, D. | Siena. |
| Barlow, R. | Breslau. |
| Barrucco, N. | Bologna |
| Basch, E. | Budapest. |
| Barthélemy, C. | Paris. |
| Baudouin | Paris. |
| Baumann | Schlangenbad. |
| Beissel, J. | Aachen. |
| Belaieve, A. | Moskau. |
| Bergmeister, O. | Wien. |
| Berliner, K. | Aachen. |
| Bertarelli, A. | Mailand. |
| Berthier, M. O. | Paris. |
| Besnier, E. | Paris. |
| Bisch, P. | Grenoble. |
| Boeck, C. | Christiania. |
| Bogdan, G. | Jassy. |
| Borzecki, E. | Krakau. |
| Bowen, J. | Boston. |
| Breda, A. | Padua. |
| Brik, H. J. | Wien. |
| Brocq, L. | Paris. |
| Brooke, N. G. | Manchester. |
| Brumund | Arnheim. |
| Buchanan | Liverpool. |
| Bulkley, D. | New York. |
| Bum, A. | Wien. |
| | |
| Calendero, N. | Bukarest. |
| Campana | Genua. |
| Cehak, F. | Wien. |
| Chiari, O. | Wien. |
| Chotzen, M. | Breslau. |
| Chrobak, R. | Wien. |
| Ciavvochi, C. | Rom. |
| Crocker, R. | London. |
| Cruyl | Gand. |
| Czech, A. | Wien. |
| Cziner, A. | Wien. |
| | |
| Darier J. | Paris. |
| Dembinsky, v. | Posen. |
| Descovich, R. | Fiume. |
| Derville | Lille. |
| Dimmer, F. | Wien. |
| Djelaleddin Moukhtar | Constantinopel. |
| Dornig, J. | Laibach. |
| Doutrelepont | Bonn. |
| Doyon A. | Lyon. |
| Drake D. | Philadelphia. |
| Dubois, Havenith | Brüssel. |
| Dubreuilh | Bordeaux. |
| Du Castel | Paris. |
| Ducrey, Aug. | Neapel. |
| Düring, D. v. | Pera. |
| Dyer | New-Orleans. |
| | |
| Eddowes, A. | London. |
| Efremmennkoff | Serbien. |
| Ehlers | Kopenhagen. |
| Ehrmann, S. | Wien. |
| Eichhoff, P. J. | Elberfeld. |
| Elliot, G. | New York. |
| Eiselsberg, A. Frh. v. | Wien. |
| Engelhardt, C. | Wien. |
| Epstein, E. | Nürnberg. |
| Eraud, G. | Lyon. |
| Eustach, P. Joanna | Athen. |
| | |
| Fabry | Dortmund. |
| Falcao, Z. | Lissabon. |
| Fano, G. | Triest. |
| Fausto, O. | Brasilien. |
| Fedorow, A. | Petersburg. |
| Ferras | Luchon. |
| Feulard, H | Paris. |
| Fiertz, O. | Zürich. |
| Finger, E. | Wien. |

| Name | Ort |
|---|---|
| Fiweisky, N. | Moskau. |
| Folly, J. | Wien. |
| Fordeyce, J. | New York. |
| Fournier A. | Paris. |
| Fournier, H. | Paris. |
| Fox, C. | London. |
| Fraenkel, A. | Wien. |
| Franke, G. | Berlin. |
| Friend, E. | Chicago. |
| Fuchs, E. | Wien. |
| Fuchs, K. | Wien. |
| | |
| Gadolla, W. | Wien. |
| Gaertner, G. | Wien. |
| Galewski | Dresden. |
| Ganz | Moskau. |
| Gaucher | Paris. |
| Gémy | Algier. |
| Giletti, A. | Turin. |
| Giovannini, S. | Turin. |
| Glück, L. | Sarajewo. |
| Grindler, H. | Dresden. |
| Grimm, A. | Wien. |
| Grünfeld, J. | Wien. |
| | |
| Hálic, M. | Chrudim. |
| Hallopeau H. | Paris. |
| Hamilton, C. | New-York. |
| Hanc, Alfons | Wien. |
| Hardy | Paris. |
| Haren, Noman v. | Amsterdam. |
| Haslund | Kopenhagen. |
| Havas | Budapest. |
| Hebra, H. v. | Wien. |
| Hellin, H. | Warschau. |
| Herzfeld, A. | Wien. |
| Hiorth, W. | Christiania. |
| Hlawatsch, F. | Wien. |
| Hock, A. | Wien. |
| Holston, G. | Brooklyn. |
| Hoorn, v. | Gronace. |
| Horowitz, A. | Wien. |
| Houlky, Bey | Constantinopel. |
| Hudelo | Paris. |
| Hutchinson, J. | London. |
| Hutchinson, J., jun. | London. |
| Hyde, J. N. | Chicago. |
| | |
| Ihle, M. | Leipzig. |
| Ins, A. v. | Bern. |
| Isaac, H. | Berlin. |
| | |
| Jadassohn, J. | Breslau. |
| Jamieson, W., A. | Edinburg. |
| Janowsky, V. | Prag. |
| Jacquet | Paris. |
| Jarisch, A. | Graz. |
| Jakowlew, S. | Petersburg. |
| Jessner | Königsberg. |
| Joannu, E. | Athen. |
| Joannu, P. | Athen. |
| Josef, Max | Berlin. |
| Jullien, L. | Paris. |
| | |
| Kahler, O. | Wien. |
| Kaposi, H. | Wien. |
| Kaposi, M. | Wien. |
| Kien, S. | Wien. |
| Köbner, H. | Berlin. |
| Körbl, K. | Hall. |
| Koch, J. | Wien. |
| Kohn, E. | Wien. |
| Kohn, S. | Wien. |
| Konried, A. | Wien. |
| Kollmann, A. | Leipzig. |
| Kopp K. | München. |
| Kossak, L. | Lemberg. |
| Kowalski, H. | Wien. |
| Krowizynski, Z. | Lemberg. |
| Kulich, J. | Halle a/S. |
| | |
| Lailler | Paris. |
| Landesmann, E. | Brünn. |
| Landsmann, E. | Wien. |
| Lang, E. | Wien. |
| Lanz, A. | Moskau. |
| Leduc | Nantes |
| Leigh, S. | Norfolk, Virginia. |
| Leloir | Lille. |
| Lemonnier | Flers de l'orne. |
| Lenz, W. | Riga. |
| Le Pileur | Paris. |
| Lesser, E. | Leipzig. |
| Levinsohn | Kopenhagen. |

| | |
|---|---|
| Lewin, L. | Berlin. |
| Löwe, K. | Amsterdam. |
| Loew, A. | Wien. |
| Ludwig, E. | Wien. |
| Lukasiewicz, W. | Wien. |
| Lustgarten, S. | New York. |
| Loosdorfer | Wien. |
| Loen, Anton | Wien. |
| | |
| Majeff, J. | Petersburg. |
| Mapother | London. |
| Marschalko, Th. | Lipik. |
| Mathieu, A. | Paris. |
| Matterstock | Würzburg. |
| Mauriac, Ch. | Paris. |
| Meheux | Paris. |
| Méranda d. Buennos | Paris. |
| Merk, L. | Graz. |
| Mibelli, V. | Sassari. |
| Moraga P. | Santiago. |
| Moreau | Toulouse. |
| Morris Malcolm | London. |
| Morrow, P. A. | New York. |
| Mourek, H. | Prag. |
| Mraček, F. | Wien. |
| Mursin | Moskau. |
| Müller, H. | Zürich. |
| Müller, G. | Berlin. |
| | |
| Neagoe, J. | Bukarest. |
| Neisser, A. | Breslau. |
| Neisser, P. | Breslau. |
| Nenadovic. | Pancsova. |
| Neumann, I. | Wien. |
| | |
| Oedmanson, E. | Stockholm. |
| Ohmann-Dumesnil, A. H. | St. Louis. |
| Oro, M. | Neapel. |
| Ortner, N. | Wien. |
| | |
| Paltauf, R. | Wien. |
| Pardo | Madrid. |
| Paschkis, H. | Wien. |
| Pautry, H. | Genf. |
| Pawlow, T. | Petersburg. |
| Pelizzari, C. | Florenz. |
| Perrin, L. | Marseille. |
| Petersen O. | Petersburg. |
| Petrini de Galatz | Bukarest. |
| Pick, F. J. | Prag. |
| Pippingsköld F. | Helsingfors. |
| Pollitzer, S. | New York. |
| Popper, R. | Wien. |
| Porto, A. | Wien. |
| Pospelow, A. | Moskau. |
| Preisecker | Wien. |
| Pringle, J. J. | London. |
| Pruscker | Wien. |
| | |
| Quinquaud | Paris. |
| | |
| Rabitsch | Neapel. |
| Rabl, J. | Hall. |
| Ravogli, A. | Cincinnati. |
| Raymond, P. | Paris. |
| Reder, Al. R. v. Schellmann | Wien. |
| Reiss, W. | Wien. |
| Riehl, G. | Wien. |
| Rille, J. H. | Wien. |
| Roberts, Leslie | Liverpool. |
| Robinson, A. R. | New York. |
| Romniceano | Bukarest. |
| Rona S. | Budapest. |
| Rosalimos, S. | Athen. |
| Rosenthal O. | Berlin. |
| Roskowsky, N. | Krejowa. |
| Rosner, A. | Krakau. |
| Rossberger, S. | Jaroslau. |
| Rusch | Kopenhagen. |
| | |
| Saalfeld, E. | Berlin. |
| Santi, A. | Bern. |
| Scarenzio, A. | Pavia. |
| Schachmann | Bukarest. |
| Schauta, P. | Wien. |
| Schiff, E. | Wien. |
| Schindelka, H. | Wien. |
| Schirren, C. | Kiel. |
| Schmackpfeffer C. | Warschau. |
| Schomburg | Halle a/S. |
| Schulze, B. | Wien. |
| Schuster, L. | Aachen. |
| Schwann, A. | Köln. |
| Schwandner | Stuttgart. |
| Schwarz, A. | Wien. |

| | |
|---|---|
| Schwenninger, E. | Berlin. |
| Schwimmer, E. | Pest. |
| Sederholm, E. | Stockholm. |
| Sehlen, D. v. | Hannover. |
| Selhorst, S. B. | Hooigracht. |
| Shoemaker, J. | Philadelphia. |
| Silva Araujo | Buenos Ayres. |
| Sierzowsky | Warschau. |
| Simonson, | Riga. |
| Soffiantini, J. | Pavia. |
| Sommer, B. | Buenos Ayres. |
| Spiegler, E. | Wien, |
| Spillman | Nancy. |
| Squire, B. | London. |
| Staub, A. | Posen. |
| Stein | Görlitz. |
| Steiner, L. | Stuttgart. |
| Steric, N. | Wien. |
| Stoukovenkoff, M. | Kieff. |
| Störk, K. | Wien. |
| Sturm, J. | Braunau. |
| Swieatkiewicz, M. | Lemberg. |
| Szadek, K. | Kiew. |
| | |
| Tarnovsky | Petersburg. |
| Tatarczuck, W. | Lemberg. |
| Tenneson | Paris. |
| Thibierge, G. | Paris. |
| Thin, G. | London. |
| Thomann, E. | Graz. |
| Török, L. | Pest. |
| Tommasoli, P. | Modena. |
| Touton, K. | Wiesbaden. |
| Tschernobukoff | Moskau. |
| Tschistjakow M. | Petersburg. |
| Trapesnikow M. | Petersburg. |
| | |
| Ullmann, C. | Wien. |
| | |
| Vajda | Wien. |
| Veiel, Th. | Cannstadt. |
| Verchère | Paris. |
| Vidal, E. | Paris. |
| Viñeta-Bellaserra, J. | Barcelona. |
| Violi, G. | Pera. |
| | |
| Wagner, V. | Przemysl. |
| Wappner, L. | Wien. |
| Weinberg | Wien. |
| Weissblum | Danzig. |
| Welander, E. | Stockholm |
| Wickham, L. | Paris. |
| Winternitz, W. | Wien. |
| Winternitz, R. | Prag. |
| Wylie, H. | Edinburg. |
| | |
| Zambaco, P. | Constantinopel. |
| Zarewicz, A. | Krakau. |
| Zeissl, M. v. | Wien. |
| Zenowsky | Odessa. |

## Delegirte.

Sämmtliche Herren Congress-Mitglieder aus Paris für die Société francaise de dermatologie et de syphiligraphie; de Amicis für die R. Accademia medico-chirurgica di Napoli, Breda für das R. instituto lombardo di scienze, Kalindero für Rumänien, Bogdan für die Société des médecins et naturalistes de Jassy; Fano für die Associazione medica Triestina.

# INHALT.

# Autoren-Verzeichniss.



# SITZUNGS-BERICHTE.



## ERSTER TAG. — MONTAG 5. SEPTEMBER 1892.

### I. Sitzung.

1. **Eröffnung des Congresses.** Ansprachen der Herren Kaposi, v. Rittner, Stenzl, Ludwig, Neumann und Riehl. — Wahl des Bureau.
2. **Coup d'oeil sur l'état actuel de la dermatologie.** Von Prof. Hardy.

### II. Sitzung.

1. **Die gegenwärtige Verbreitung der Lepra in Europa und ihre sociale Bedeutung.** Von Dr. Ed. Arning.
2. **Contribution à l'étude de la lepre en Portugal.** Von Dr. Zeferino Falcao.
3. **Die Lepra auf der Balkanhalbinsel.** Von Dr. Kalindero.
4. **Lepra in Bosnien.** Von Prof. Dr. Neumann.
5. **Ueber einen mit dem Leprabacillus identischen Mikroorganismus, der sich bei Culturversuchen aus tuberculoser Lepra entwickelte.** Von Prof. Robert Campana.

   Discussion: Prof. Köbner.

# Eröffnungssitzung.

5. September 1892,

---

Die Mitglieder des Congresses, sowie zahlreiche Theilnehmer d Gäste versammelten sich im Festsaale der Universität.

Als Vertreter der hohen Behörden waren erschienen: für das k. Ministerium für Cultus und Unterricht: Sectionschef v. Rittner, die hohe k. k. Statthalterei: die Statthaltereiräthe Hofrath Pflügl und Dr. v. Karajan, für die Stadt Wien: Stadtrath . Stenzl, im Namen der Universität deren Rector Hofrath Prof. . E. Ludwig, für das k. k. Allgemeine Krankenhaus: Hofrath Böhm etc.

Nachdem die Mitglieder des Organisations-Comité am Präsinten-Tische Platz genommen hatten, wurde die Sitzung um $9^1/_2$ Uhr ›rmittags durch den Präsidenten des Organisations-Comité, Prof aposi, durch folgende Ansprache eröffnet:

Hochansehnliche Versammlung!

Es ist mir eine grosse Ehre und eine innige Befriedigung, ꞉, meine geehrten Herren Collegen, namens des Organisations-›mité des II. Internationalen dermatologischen Congresses zu be-ıssen und Ihnen zu danken, dass Sie in so ansehnlicher Zahl serer Einladung entsprochen haben. Sie haben uns durch Ihr scheinen einer grossen Last banger Besorgniss enthoben, die on im Augenblicke uns beschlich, da der Beschluss dieses Consses in Paris gefasst worden, und unter der Beunruhigung, welche teleuropa in den letzten Tagen ergriffen hat, noch erheblich teigert wurde.

Zunächst ist ja dieser Congress in seiner Art ein Neuling, Junggeborenes unter seinen zahlreichen, vielleicht zu zahlreichen

älteren und ausgewachsenen Congressbrüdern, die sich gegenseitig das väterliche Erbe der allgemeinen Medicin streitig machen und einem jungen Spätling nicht leicht einen selbständigen Antheil an demselben zugestehen.

Sind es ja erst drei Jahre her, seit die erste internationale Vereinigung von Dermatologen und Syphilodologen in Paris stattfand, auf die Initiative der ruhmreichen Schaar von führenden Fachmännern, die in Frankreich und in erster Reihe in Paris thätig sind. Freilich, der Erfolg dieses Congresses war in jeder Hinsicht unbestritten, sowohl in Bezug auf die Zahl der Theilnehmer, als auch auf das innere wissenschaftliche Interesse während der Verhandlungen und ihre scientifische Nachwirkung.

Ein günstiger Schluss auf den Erfolg eines zweiten Versuches in einer anderen Stadt war damit jedoch keineswegs geboten. Die der Weltstadt Paris von jeher innewohnende Attractionskraft, welche im Jahre 1889 noch durch den mächtigen Inductionsstrom der Weltausstellung erhöht ward, konnte dem Congresse die Anziehung vieler Gäste sichern. Und nun erst durch die grosse Zahl seiner Schulen und Meister des Faches und Spitäler für Hautkrankheiten und Syphilis, allen voran der traditionelle Ruhm des Hôpital St. Louis mit seinem immensen Krankenmateriale; endlich der Zauber des zum Sitzungssaale gewordenen Musée de l'Hôpital St. Louis, das mit seinen aus den Meisterwerken Baretta's geschaffenen Rahmen das physische und geistige Auge des Anwesenden unablässig anzog und festhielt.

Als nun der damalige Congress in dem befriedigenden Bewusstsein seiner Lebensfähigkeit den Beschluss fasste einer periodischen Wiederholung seiner Thätigkeit und zum ersten Versammlungsorte des als dauernde Institution erklärten Internationalen dermatologischen Congresses Wien wählte, da mengte sich mir sofort das Gefühl der Bangigkeit zu dem der Freude und Genugthuung, den jener Beschluss an sich in uns geweckt hatte.

Wenn das berufene Organisationscomité im Laufe der Zeit und ruhigen Ermessens dennoch mit einiger Zuversicht an die Erfüllung seiner Aufgabe herantrat, so lag schon einige Ermuthigung für mich in dem Umstande, dass die fachmännischen klinischen und Abtheilungsvorstände von Gesammt-Oesterreich-Ungarn sich mit mir in dem Organisationscomité zu gemeinschaftlicher Arbeit vereinigt hatten, damit bekundend, dass sie alle das Gelingen des Unternehmens als eine patriotische Ehrensache betrachten, der sie Alle bereitwillig ihren Eifer und ihre Kraft widmen wollten. Ich sage all' diesen Herren schon hier meinen wärmsten Dank.

Das innere Motiv jenes Beschlusses schien mir ebenfalls mächtig genug, um dessen Verwirklichung zu ermöglichen, ohne Rücksicht auf Personen und örtliche Verhältnisse. Es ist das seit dem letzten Decennium auch bei unserem Fache sich immer mehr geltend machende Bedürfniss zum gegenseitigen Meinungsaustausche in Versammlungen und Vereinigungen und zur persönlichen Annäherung zwischen den Arbeitern auf dem gleichen Thätigkeitsgebiete, das in den grossen Culturstaaten Europas wie Amerikas zur Bildung von dermatologischen Local- und allgemeinen Vereinen geführt hat.

Vollends der internationale geistige Verkehr war in unserem Fache von jeher ein lebhafter. Engländer, Franzosen und deutsche Dermatologen haben seit einem Jahrhundert in chronologischer Reihenfolge sich gegenseitig literarisch belehrt, angeregt, gegeben und rückempfangen und in dem Masse, als die allgemeine Pathologie mit ihrer exacten Methodik als Grundlage der klinischen Medicin Gemeingut aller Culturvölker geworden, sind sie auch alle in diese internationale Wechselströmung eingetreten. Derart war die internationale Annäherung literarisch längst vorbereitet und ein wahres Geistes- und Herzensbedürfniss geworden, dessen Befriedigung nur eines Rufes bedurfte und eines örtlichen Zieles.

Mich täuschte aber sicherlich meine Empfindung nicht, wenn ich in dem Rufe von Wien als Ziel der diesmaligen internationalen Vereinigung zugleich eine spontane Huldigung erblickte für den Genius Ferdinand Hebra's, des Schöpfers der naturwissenschaftlichen Dermatologie und der Wiener dermatologischen Schule; die Sehnsucht Vieler, die Stätte zu betreten, die ein grosser Mann durch sein segensreiches intellectuelles und praktisches Wirken für alle Zeiten geweiht; die Pietät und Dankbarkeit der Zahlreichen, die an dieser Schule ihr dermatologisches Wissen geholt oder bereichert; die Begierde, zu schauen, wie die Epigonen des grossen Meisters und Lehrers dessen geistige Hinterlassenschaft verwalten und zu mehren bestrebt sind; die Hoffnung endlich, an dem ansehnlichen Krankenmateriale unserer Kliniken und Abtheilungen manche Bereicherung ihrer Erfahrung zu finden und vielleicht auch die Beweiskraft zu erproben für manche hierorts geltend gemachte besondere Lehrmeinungen und Anschauungen.

Wahrlich, all diese subjectiven Momente, die in der Wahl Wiens sich aussprachen, waren wohl geeignet, unsere Hoffnung auf einen zahlreichen Besuch seitens unserer ausländischen Collegen zu beleben.

Und doch waren sie unfruchtbar, wenn nicht Ihr persönliches Wohlwollen, meine Herren, für uns, für unsere Institutionen, für Wien

überhaupt, Ihre Schritte hierhergelenkt und Genossen für unseren Besuch geworben hätte, und für diese Ihre Sympathiebezeigung sage ich Ihnen meinen wärmsten Dank.

Vor Allem unseren französischen Collegen, die als erste Veranstalter eines solchen Congresses, in einer Art Paternitätsgefühl von vorneherein diesem Congresse ihre volle Sympathie und Förderung zuwandten, jeder Einzelne und in ihrer Gesammtheit der französischen Dermatologischen Gesellschaft. Sie bekunden dies auch durch die Thatsache der Anwesenheit so zahlreich glänzender Vertreter des Faches aus Frankreich, unter ihnen des Doyen der Dermatologen, des hochverehrten Prof. Hardy, und durch die reiche Beschickung unserer Ausstellung.

Nicht minder dankbar verpflichtet sind wir unseren englischen Collegen aus dem Stammlande der Dermatologie, der Heimat Willan's und Bateman's, die das ältere Vorrecht Londons auf die Ehre der Beherbergung des Internationalen Dermatologischen Congresses nicht abgehalten hat, ihre volle Zuneigung zu Wien zu bethätigen, für den Congress dahier einzustehen durch die Propaganda daheim und durch ihr zahlreiches Erscheinen allhier.

Und minder nicht heissen wir willkommen die Collegen aus den Vereinigten Staaten von Nordamerika, dessen Dermatologen ja die Wiener Schule zumeist als alte Bekannte begrüssen kann, mit denen wir zum Theile zusammen die Schulbank gedrückt, herangewachsen und reifer geworden sind.

Und gleich herzlich sind Sie uns so willkommen, die Sie aus dem Heimatlande Morgagni's, aus Belgien und Holland, aus Russland, Dänemark, aus Schweden und Norwegen, dem Lande Boeck's und Daniellssens, aus Griechenland und der Türkei, aus unseren östlichen Grenzlanden, Rumänien, Serbien, Bulgarien, aus Aegypten und den entfernten Seelanden und Südamerika die Mühe Ihrer Herreise unternahmen und die Schätze Ihrer Erfahrungen mitbrachten.

Ganz besonders aber fühlen wir uns verpflichtet, unseren Collegen aus dem Deutschen Reiche, die nicht nur als Einzelne durch ihr Erscheinen und ihre angemeldeten Vorträge das Zustandekommen des Congresses sicherten, sondern in ihrer Vereinigung als Deutsche dermatologische Gesellschaft dadurch geradezu einen moralischen und materiellen Stock des Congresses sicherten, dass sie in diesem Jahre ihre wissenschaftliche Thätigkeit mit diesem Congresse organisch verwebt, mit uns geradezu sich vereinigt hat.

Wie unser wissenschaftliches Leben mit dem Deutschlands stets eins war, so betrachtet sich die Deutsche Dermatologische

Gesellschaft auch eins mit unseren Pflichten des Augenblicks und entbietet dieselbe Ihnen, meine Herren der ausserdeutschen Lande, durch mich, ihren derzeitigen Vorsitzenden, ihr herzliches Willkommen.

So hat sich denn unter dem Zusammenwirken so mächtiger moralischer und persönlicher Potenzen, trotz der Europa seit den letzten Wochen beunruhigenden Epidemie, der Congress zu einem schon äusserlich in bemerkbarem Grade imposanten gestaltet.

Noch mehr dürfte dieser Charakter hervortreten aus der Zahl und dem Gehalte der zum Vortrage und zur Discussion bestimmten und angemeldeten Vorträge und Demonstrationen. Die Zahl der Themata und der zum Worte Gemeldeten ist eine so grosse, dass schon jetzt nur von einer Selbstbeschränkung der Einzelnen im Vortrage und in der Discussion, einer Concentration auf das Essentielle, eine gedeihliche Abwicklung unseres wissenschaftlichen Pensum erwartet werden kann. Das Opfer ist gross, ich weiss es, aber es wird gut sein, dass jeder es sich selbst auferlege. Es erträgt sich dann leichter.

Unsere Ausstellung, in ihrer Organisation und Ausführung das ausschliessliche Werk des Herrn Dr. Heger, Herausgeber der Pharmaceutischen Post,*) ist klein, aber gewählt. Sie ist geistige Arbeit und wird solche erwecken, wie in erster Reihe die von Prof. Kundrat zur Verfügung gestellten Objecte aus dem hiesigen pathol.-anatom. Museum, sowie die aus dem hiesigen Thierarznei-Institute von den Professoren Czokor und Schindelka, sowie Baretta's Moulagen aus dem Musée de l'Hôpital St. Louis. Sie werden beurtheilen, in wie weit Dr. Henning's Präparate im Werthe der Naturähnlichkeit, der künstlerischen Ausführung und der praktischen Brauchbarkeit, d. i. Dauerhaftigkeit und Unzerbrechlichkeit, den Baretta'schen nahe kommen.

So ist denn Arbeitsstoff zur gegenseitigen Belehrung in grossem Massstabe vorbereitet. Sie werden gewiss, der Absicht gemäss, die Sie hergeführt hat, mit Eifer und Lust an dieselbe herantreten, mit umso grösserer, da Sie bereits wahrnehmen konnten, welches Interesse, welche Förderung auch von den ausserfachlichen, aber massgebenden Factoren, der hohen Regierung, der Universität, der Bürgerschaft, der öffentlichen Meinung, unserem Unternehmen entgegengebracht wird. Dasselbe gründet sich auf die in

---

*) Wir zollen ihm für dieses freiwillige Opfer unseren wärmsten Dank.
Das Comité.

immer weitere Kreise dringende Erkenntniss von der hohen Wichtigkeit der Dermatologie und Syphilis für die scientifische und praktische Durchbildung der Aerzte und für die individuelle und allgemeine Hygiene. Diese Erkenntniss hat bei uns bereits seitens unseres allseits fortschrittlichen und vorausblickenden Unterrichts-Ministeriums eine von allen medicinischen Facultäten mit Genugthuung begrüsste vorbereitende Action veranlasst, die in natürlicher Consequenz zur didaktischen und dignitären Gleichstellung unserer Disciplin mit den anderen grossen klinischen Fächern führen wird.

Dieser Erkenntniss verdanken wir die hohe Ehre der Anwesenheit der Vertreter des hohen Unterrichts-Ministeriums, des Ministeriums des Innern, der Statthalterei, der Reichs-Haupt- und Residenzstadt Wien, des Stadtphysikates, der Direction des k. k. allgemeinen Krankenhauses, der Universität, deren akademischer Senat diese Festräume unseren Zwecken zur Verfügung gestellt hat. Im Namen des Organisations-Comités und — gewiss mit Ihrer Zustimmung — im Namen des Congresses, entbiete ich all' diesen Herren Dignitären hiermit unseren ehrerbietigen Gruss und unseren besten Dank.

Wahrlich, es ist für uns im höchsten Grade ermunternd, unter solchen Auspicien an unsere grosse Aufgabe zu gehen.

Doch sollen Sie die Tage, die Sie bei uns weilen, nicht stetig unter der süssen Last der Arbeit verleben, sondern auch Zeit und Gelegenheit finden, die erquickenden Eindrücke in sich aufzunehmen, die das kunstsinnige, gastliche und an Naturreizen so reiche Wien Ihnen so gerne bietet.

Die Commune Wien ladet Sie durch ihren Bürgermeister ein zu einer Umschau von dem Söller des gothischen Monumentalbaues von Meister Schmidt auf die Paläste der Wissenschaft, der Kunst, der Gesetzgebung, die diesen Stadttheil zieren. Sr. Majestät Oberstkämmerer- und Obersthofmeisteramt öffnen Ihnen die Pforten des kunsthistorischen und naturhistorischen Museums und die General-Intendanz hat für zwei Abende die weltberühmte Kunst des hiesigen Hofoperntheaters in Ihren Dienst gestellt. Von den rebengeschürzten Geländen aber und von den waldgekrönten Bergen, über welche die hehre Alpenwelt zu den Thoren Wiens hereinblickt, und von den lauschig-schattigen Praterauen da drunten, wo der Ernst eines anderen internationalen Werkes im engen Bunde mit der Ursprünglichkeit Wiener Frohsinns und Art in einem erquickenden Bilde vereint sich Ihnen bietet — von all' daher winkt

Ihnen von collegialer Seite der gute Wille, Erholung und Genuss Ihnen zu bieten nach der Arbeit des Tages. Denn nur in der harmonischen Mischung von Ernst und froher Lebensanschauung auch in schwerer Zeit liegt die wahre Lebensweisheit. Wir aber wünschen, meine Herren, dass Sie derart weise seien, dass Sie sich bei uns behagen. Nous désirons, que chacun de vous en nous quittant se dise, qu'il s'est vérifié sur lui le proverbe: Omne tulit punctum, qui miscuit utile dulci!

Ich erkläre den II. Internationalen Dermatologischen Congress für eröffnet.

### Sectionschef von Rittner.

Hochgeehrte Versammlung! Im Auftrage Seiner Excellenz des Ministers für Cultus und Unterricht, der zu seinem grossen Bedauern verhindert ist, persönlich zu erscheinen, gebe ich mir die Ehre, Sie namens der Unterrichtsverwaltung auf das freundlichste zu begrüssen. Gestatten Sie mir, die Versicherung auszusprechen, dass es die Unterrichtsverwaltung als ihre Pflicht betrachtet, der Thätigkeit des II. Internationalen Dermatologischen Congresses ihr grösstes Wohlwollen entgegenzubringen. Und sie betrachtet dies um so mehr als ihre Pflicht, als Ihre Arbeiten in eminenter Weise das öffentliche Wohl berühren. Die Persönlichkeiten, die dem Congress ihre Mitwirkung schenken, verheissen ihm den besten Erfolg. Dass die Verhandlungen dieses Congresses dem Wissensgebiete einen neuen Aufschwung verleihen, diesen Wunsch mögen Sie seitens der Unterrichtsverwaltung am Beginne Ihrer Thätigkeit entgegennehmen. (Lebhaftes Händeklatschen und Beifall.)

### Stadtrath Dr. Stenzl.

Hochgeehrte Anwesende! Mir ist die hohe Ehre zutheil geworden, im Namen der Stadt Wien die verehrten Mitglieder des II. Dermatologischen Congresses zu begrüssen. Ich selbst, ein Wiener, ein geborener Wiener, aufgewachsen in der medicinischen Schule von Wien, bin stolz auf diese Auszeichnung. Im Namen der Stadt Wien reiche ich dem Präsidenten als Zeichen der Begrüssung die Hand, gleichsam als Symbol, dass ich jedem der Herren innig die Hand drücke, mit der Versicherung, dass Sie in der Stadt Wien herzlichst willkommen sind. (Beifall.)

## Hofrath Dr. Ludwig.

Meine Herren! Im Namen der Universität und im besonderen Auftrage des Professorencollegiums der medicinischen Facultät heisse ich Sie in diesen Räumen der Wissenschaft herzlich willkommen. Wir sind hoch erfreut, Sie hier beherbergen zu können, und wir danken Ihnen, dass Sie unsere Universität zur Stätte Ihrer Thätigkeit erkoren haben, unsere Universität, an der Ferdinand v. Hebra seine unsterblichen Leistungen vollbracht hat. Möge die Wahl dieses Ortes von guter Vorbedeutung, Ihre wissenschaftlichen Bestrebungen von reichlichem Erfolg gekrönt sein im Interesse der Wissenschaft, im Interesse der Menschheit!

## Prof. Neumann.

Im Namen der Wiener Dermatologischen Gesellschaft heisse ich Sie alle, hochgeehrte Fachgenossen, herzlichst willkommen. Zwar sind es noch nicht drei Jahre her, dass die Wiener Dermatologische Gesellschaft von einigen Männern ins Leben gerufen wurde, welche von den Intentionen beseelt waren, einen regeren und innigeren Contact der engeren Fachgenossen herzustellen. Die Gesellschaft war anfangs klein, aber sie nahm rasch zu, da ihr sämmtliche Dematologen Wiens beitraten. Heute können wir uns bereits in grösserer Zahl Ihnen vorstellen, um Ihnen ein herzliches Willkommen zuzurufen.

Mit freudigem Stolze betrachten wir die stattliche Zahl von Fachgenossen, die aus ihrem Heim, manche selbst aus entfernten Ländern und Welttheilen hierher kamen, um unserem Rufe zu folgen. Sie haben hierdurch unserer Schule die schönste Huldigung entgegengebracht, die wir Ihnen nie vergessen werden.

Sie betreten hier einen Boden, auf dem von Alters her die Dermato- und Syphilidologie eifrigste Pflege und reges Studium gefunden hat, auf dem Männer gewirkt haben, deren Thätigkeit in ihrem Fache geradezu als bahnbrechend bezeichnet werden muss. Die ersten Anfänge einer selbständigen Bearbeitung der Dermato- und Syphilidologie reichen weit zurück. Aber welche Etappen mussten von jener Zeit an schrittweise erobert werden, bis das stolze Wort anatomisch zu denken die erste Bresche in die alte Galensche Humoralpathologie schlug! Bereits mit van Swieten, der 1748 als Leibarzt Maria Theresias und zur Durchführung der

Reformen an die Wiener Universität berufen wurde, beginnt es für unsere Doctrin zu tagen. Weiters sehen wir auf Namen wie Josef Jacob Plenk, Peter Frank und den 1748 zu Steyr geborenen Swediaur, der Reisen durch ganz Europa machte, um die verschiedenen Ansichten über die Behandlung der Syphilis kennen zu lernen, und sein berühmtes Buch »Praktische Anleitung zur Behandlung der venerischen Krankheiten« herausgab. Sie haben eben aus beredtem Munde die Verdienste unseres grossen Hebra gehört, und haben diese Worte in unser aller Herzen ihr Echo gefunden. Ich kann aber nicht unterlassen, der Manen noch anderer Männer zu gedenken, die sich um die Entwicklung unserer Disciplin unsterbliche Verdienste erworben haben. So beginnt für die Syphilidologie eine Periode des Aufschwunges zunächst mit Sigmund. Er betonte schon zu einer Zeit, bevor noch eine Antisepsis gekannt war, die Wichtigkeit der Hygiene, die Reinlichkeit in der Wundbehandlung. Der Hinweis auf die Erkrankung der Lymphdrüsen, auf die regelrecht anzuwendende Frictionscur sind bleibende Verdienste. Sigmund war ein Mann von seltenem Talente, ausgezeichneten Sprachkenntnissen — ein Ferment, das immer neue Anregungen gab. Gleichzeitig mit ihm wirkte H. Zeissl, der namentlich die deutsche Dualitätslehre zur Geltung gebracht hat und es dürfte wenige Capitel in der Syphilidologie geben, in denen er nicht Wesentliches geschaffen. Hier müssen wir noch des hochgebildeten Wertheim, des talentvollen Auspitz, des biederen Lipp und des fleissigen Geber gedenken, die alle der Tod unserer Schule allzu früh entrissen. Allein es würde einen grossen Stillstand, ja Rückschritt bedeuten, wenn eine Schule in Abgeschlossenheit gegen fremde Entdeckungen verharren und durch starres Festhalten an dem Geschaffenen sozusagen eine Monopolisirung ihrer Ideen erzielen wollte. Bei uns in Wien fanden daher die Errungenschaften anderer Schulen stets Eingang, das Neue und Grosse, wo immer es geschaffen wurde, ward hier gerne adoptirt und bildete mit den Arbeiten unserer Schule das Fundament zu weiterem Fortschritt. Es ist aber auch in Wien selbst allezeit der Stolz klinischer Lehrer gewesen, für einen jüngeren Nachwuchs Sorge zu tragen. Wer seine Leistungen hinter sich hat, kann, wenn er auch nur in einer Richtung Bahn gebrochen, dann in seinem Alter ruhig auf die Vergangenheit zurückblicken und es der Schaar der Jüngeren überlassen, neue Bahnen zu betreten. »In der breiten Furche, die der echte Forscher gezogen«, sagt ein berühmter Kliniker, »bleibt noch immer ein genügend grosser Raum für die Aussaat.

anderer befruchtender Geister.« In der geistigen Wechselwirkung zwischen Lehrenden und Lernenden gesellt sich heutzutage noch als weit mächtigerer Factor der internationale, kosmopolitische Zug, der der Wissenschaft heute mehr als je zu eigen ist und der über nationale und politische Gegensätze hinweg zwischen den Völkern eine versöhnende Brücke spannt. Hier ist jede Scheidewand gefallen dank den wissenschaftlichen Congressen, dank den medicinischen Zeitschriften, namentlich den Facharchiven, indem jene den persönlichen Verkehr der Fachgenossen, diese den geistigen Gedankenaustausch durch die Publication der wissenschaftlichen Arbeiten, in welcher Werkstätte der Welt immer sie entstanden sein mögen, vermittelt. Was eine wirkliche Errungenschaft in der Wissenschaft ist, ist nicht mehr Besitzthum einer Schule, es ist Gemeingut der gesammten wissenschaftlichen Welt. Eine Schule, welche sich abschliesst, würde auch bald den Einfluss auf die weitere Entwicklung der Wissenschaft verlieren.

Es wäre hier sehr verlockend, Namen von Autoren und Entdeckungen vorzuführen, welche unsere Doctrin in den letzten Decennien wesentlich bereichert haben. Wahr ist, dass neue Krankheiten beschrieben, zahlreiche histologische Studien Klarheit in viele Krankheitsprocesse gebracht, neue und wirksame Medicamente eingeführt wurden, dass die Untersuchungsmethoden sich wesentlich vervollkommnet haben und dass namentlich der Nachweis der Erreger zahlreicher Krankheitsprocesse gelungen, so für die Lepra, den Lupus, die Gonorrhöe. Die Syphilis zählt derzeit nicht mehr, wie dies noch vor wenigen Jahrzehnten selbst von autoritativer Seite geschah, in die Reihe der unheilbaren, sondern in die der heilbaren Erkrankungen.

Wir erwarten uns auch noch für die Zukunft von der Bakteriologie nicht nur, den Einblick in manches dunkle Krankheitsgebiet zu gewinnen, sondern auch entgegen dem früher die Medicin beherrschenden Geiste der Skepsis Mittel und Wege für ein wirkliches Eingreifen zu Behebung der Noxen oder wenigstens einer wirksamen Prophylaxe derselben. Hoffen wir auch, dass die in jüngster Zeit mit viel Interesse in Angriff genommene färbetechnische Richtung der Hämatologie uns neue Aussichten eröffne.

So sehen wir denn, wie in allen Ländern mit regem Eifer an dem Ausbau unserer Fachwissenschaft gearbeitet wird, wie Männer von internationalem Ruf ihre ganze Kraft in den Dienst unserer Sache gestellt haben. So kann sich die Dermato- und Syphilidologie würdig den übrigen grossen Doctrinen der Medicin anreihen, sie hat nunmehr festen Boden gewonnen. Denn in dem

Masse, als eine Wissenschaft durch ihre Fortschritte, durch ihre Bedeutung für die leidende Menschheit gewinnt, müssen die Consequenzen dieser Erkenntnis gezogen werden. Unsere hohe Unterrichtsverwaltung geht eben jetzt mit leuchtendem Beispiel voran, nachdem sie das befürwortende Votum sämmtlicher medicinischer Facultäten eingeholt, die Syphilidologie und Dermatologie als obligate Lern- und Prüfungsgegenstände einzuführen und dass in Hinkunft kein Arzt in Praxis trete, der diese Gegenstände nicht nur gehört, sondern die Kenntnisse derselben bei den strengen Prüfungen nachgewiesen hat.

In diesem illustren Kreise sehen wir Forscher versammelt, von denen jeder Einzelne mit Beruhigung sagen kann, dass er nach seinen besten Kräften zur Förderung unserer Disciplin beigetragen hat, und hochbeglückt sehen wir Sie um uns geschaart. Was wir Ihnen nun in unserer Stadt bieten werden, was unsere Abtheilungen und Kliniken, was ferner die einzelnen Mitglieder unserer Gesellschaft Ihnen darzubieten vermögen, unsere Institute und Präparate stehen Ihnen alle offen und hoffen wir, all Ihren Wünschen, sofern deren Erfüllung im Bereiche unseres Könnens steht, gerecht zu werden.

Offen finden Sie unsere Herzen, unsere echten Wiener Herzen, die Ihnen warm entgegenschlagen. Darum heisse ich Sie nochmals, hochgeehrte Herren Collegen, im Namen unserer Wiener Dermatologischen Gesellschaft auf das herzlichste willkommen.

## Doc. Riehl.

Meine Herren! Gestatten Sie mir zunächst, Sie herzlich zu begrüssen und Ihnen meinen Dank auszusprechen für das Vertrauen, das Sie mir als Generalsecretär des Congresses bisher entgegengebracht haben.

Unser Präsident hat Ihnen bereits die Geschichte unseres Congresses in ihren Hauptzügen bekanntgegeben und ich habe nur noch einige Daten nachzutragen.

Das Organisations-Comité, dem die ehrenvolle Aufgabe zutheil geworden war, den II. Internationalen Dermatologischen Congress in Wien vorzubereiten, hat mit Ernst und Eifer das Ziel verfolgt, unsere Versammlung dem Pariser Congresse ebenbürtig zu gestalten.

Die Vorstände aller spec. Kliniken und Abtheilungen unseres Vaterlandes haben dieser Aufgabe ihre Kräfte zur Verfügung ge-

stellt, und leider ist es meine Pflicht, Ihnen zuerst die traurige Mittheilung zu machen, dass zwei Mitglieder unseres Comités, hervorragende Fachgenossen, die Herren Prof. Dr. Lipp in Graz und Prof. Dr. Geber in Klausenburg, uns durch den Tod entrissen worden sind.

Die Vielseitigkeit der Agenden des Comités veranlasste dieses zur Cooptirung eines neuen Mitgliedes, des Herren Grünfeld.

Wir haben uns aber auch der Unterstützung anderer einheimischer Collegen erfreut, deren Wirksamkeit sich hauptsächlich auf das Arrangement der mit dem Congresse verbundenen Feste und Vergnügungen erstreckte. Herr Dr. Hans Heger hat in aufopfernder Weise die Organisation unserer Ausstellung übernommen und dieses mühevolle Werk fast allein zustande gebracht. Wir hoffen, dass auch diese Theile unserer Vorbereitungen Ihre Zufriedenheit erwecken und dazu beitragen werden, Ihnen für die Zukunft eine freundliche Erinnerung an unsere Vaterstadt zu schaffen.

Besonderen Dank schulden wir den Herren Boeck Christiania, Breda Padua, Dubois-Havenith Brüssel, Feulard Paris, van Haren-Nomann Amsterdam, Haslund Kopenhagen, Malcolm Morris London, Prince A. Morrow New-York, Herm. Müller Zürich, Pardo Madrid, Petersen Petersburg, Petrini di Galatz Bukarest, da Silva Araujo Rio de Janeiro, Sommer Buenos-Ayres, Touton Wiesbaden, Welander Stockholm, Zambaco Constantinopel, welche die Liebenswürdigkeit hatten, eine Reihe von mühsamen Vorarbeiten in unserem Namen als Secretäre zu führen.

Sie erlauben mir wohl, an dieser Stelle allen erwähnten Herrn Collegen nicht nur den Dank des Comité, sondern auch der sämmtlichen Congressmitglieder auszusprechen.

Il serait ingrat de ma part de ne pas insister en ce moment au secours considérable, que le Docteur Henry Feulard a bien voulu nous apporter, en nous communiquant ses expériences précieuses qu'il a recueillés a Paris comme secrétaire général du premier congrès internationale de dermatologie.

Wie Sie, meine Herren, aus unserem Programm entnehmen werden, waren wir bestrebt, Themata auszuwählen, welche allgemeines Interesse besitzen und durch ihren weiteren Inhalt und den Zusammenhang mit anderen Fächern der Medicin besonders geeignet erschienen, unsere Fachwissenschaft zu fördern.

Es ist uns gelungen, für alle Themen ausgezeichnete Fachmänner als Referenten zu gewinnen, so dass wir hoffen können, die

Verhandlungen unseres Congresses werden einen gedeihlichen Fortschritt unseres Faches in mancher Richtung anbahnen.

Mit grosser Befriedigung kann ich die Mittheilung machen, dass schon unser erster Appell an die Fachgenossen sehr beifällige Aufnahme gefunden hat. Zahlreiche Anmeldungen zur Theilnahme und, wie unsere Vortragsliste bezeugt, eine fast erdrückende Zahl von wissenschaftlichen Beiträgen wurden uns zugesagt.

Es haben sich vor Beginn des Congresses fast 300 Mitglieder aus aller Herren Ländern gemeldet und es sind weit über hundert Vorträge für die Congresswoche vorgemerkt.

So dankenswerth dieses uns mit Freude erfüllende Bestreben zur Theilnahme an unserer wissenschaftlichen Arbeit an sich ist, so macht uns die Fülle des Materials andererseits Sorge, denn ohne die Einschränkung jedes Einzelnen ist an die Absolvirung, auch nur des grösseren Theiles unserer Vorträge in der festgesetzten Zeit kaum zu denken.

Ich kann mich also nur dem Ersuchen des geehrten Herrn Präsidenten anschliessen und Sie bitten, sich im gegenseitigen Interesse die nothwendige Beschränkung bezüglich des Umfanges der Vorträge selbst aufzuerlegen.

Um aber womöglich alle Diejenigen, welche mit unseren Themen nicht direct zusammenhängende Vorträge angemeldet haben, zu Wort kommen zu lassen, wird die II. Sitzung Freitag in zwei Sectionen tagen, von welchen die eine die venerischen, die andere die dermatologischen Themen absolviren soll.

Mit besonderer Genugthuung erfüllt es uns, dass neben der regen Theilnahme unserer hohen Regierung auch auswärtige Staaten und Körperschaften die Bedeutung unseres Congresses durch Ernennung von officiellen Delegirten geehrt und anerkannt haben.

Es sind im Auftrag ihrer Regierung die Herren Petrini di Galatz und Kalindero für Rumänien, Breda für das Reale Institute lombardo, de Amicis für die R. Accademia medico-chirurgica di Napoli erschienen, als Delegirter der Universität in Athen deren Rector magnificus Prof. Joannu. Wir haben das Vergnügen, fast sämmtliche Herren Collegen aus Paris als Delegirte der Société de Dermatologie et Syphiligraphie in Paris, und Herrn Bogdan als Vertreter des naturwissenschaftlichen medicinischen Vereines in Jassy zu begrüssen sowie Herrn Fano Gustav für die Associazione medica Triestina.

So verheissungsvoll für das Gelingen unseres Congresses die zahlreichen Anmeldungen waren, so ist durch das vehemente Um-

sichgreifen einer verderbenbringenden Epidemie im Osten und Norden unserer Grenzpfähle und durch die nothwendig gewordene Erschwerung des Verkehrs die Zahl der persönlich erschienenen Mitglieder leider eingeschränkt worden und wir bedauern in Folge dieses fast ganz Europa tangirenden Unglücks unendlich die Abwesenheit so mancher hervorragenden Fachcollegen.

Wenn trotzdem eine so zahlreiche Versammlung ausgezeichneter Männer sich in Wien zusammengefunden hat, so erfüllt uns dies mit Stolz und Freude und bietet uns Gewähr dafür, dass unser Congress trotz ungünstiger äusserer Verhältnisse immerhin die auf ihn gesetzten Hoffnungen nicht täuschen werde.

---

Es wurde hierauf zur Wahl des Comités geschritten. Auf Antrag des Herrn Vidal (Paris) wurden die Mitglieder des Organisations-Comité per acclamationem in das Bureau gewählt.

Der Präsident schlägt vor: als Ehrenpräsidenten des Congresses: Hardy (Paris), zu Vicepräsidenten: de Amicis (Neapel), Bertarelli (Mailand), Boeck (Christiania), Breda (Padua), Calindero (Bukarest), Campana (Genua), Drake (Philadelphia), Hutchinson (London), Hallopeau (Paris), Joannu (Athen), Jamieson (Edinburg), Köbner (Berlin), Veiel (Cannstadt), Morris (London), Neisser (Breslau), Stoukowenkoff (Kiew), Petrini di Galatz (Bukarest), Vidal (Paris).

Dieser Vorschlag wird per acclamationem angenommen.

Das Bureau des Congresses besteht demnach aus folgenden Herren:

Ehrenpräsident:

Herr Hardy.

Präsident:

Herr Kaposi.

General-Secretär:

Herr Riehl.

Mitglieder des Comités:

die Herren: Grünfeld, Janowsky, Jarisch, Lang, Mracek, Neumann, Pick, Schwimmer, Rosner.

Vicepräsidenten:

die Herren: De Amicis, Bertarelli, Boeck, Breda, Calindero, Campana, Drake, Hutchinson, Hallopeau, Joannu, Jamieson, Köbner, Veiel, Morris, Neisser, Stoukowenkoff, Petrini di Galatz, Vidal.

Secretäre:

die Herren Dubreuilh (Paris), Barbe (Paris).

---

Als Copräsidenten fungirten die Mitglieder des Comités.

---

Die wissenschaftlichen Vorträge und Discussionen wurden unter Mithilfe der Herren Secretäre Dr. Dubreuilh und Dr. Barbe durch ein unter der Aufsicht des Comité stehendes Stenographenbureau fixirt.

---

Herr Hardy (Paris):

## Coup d'œil sur l'état actuel de la dermatologie.

Messieurs!

En ma qualité de doyen d'âge des médecins français qui se sont occupés des maladies de la peau, on avait bien voulu me nommer président du premier congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui a eu lieu, à Paris, en 1889; c'est, je pense à cette haute distinction que je dois aujourd'hui le perilleux honneur de prendre la parole immédiatement après le président et le sécretaire général de ce congrès. Dans cette séance d'inauguration et avant qu'on ne s'occupe de sujets spéciaux, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de jeter un coup d'œil sur l'état actuel de la dermatologie et de constater les progrès qui ont été accomplis, dans cette partie de la médecine, pendant ces dernières années. Ce sera une espèce de préface pour les travaux qui vont suivre.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire de la dermatologie, mais je crois pouvoir dire, sans craindre de contradiction, que cette spécialité médicale est d'une date assez récente et qu'on ne s'en est occupé un peu sérieusement que dépuis une centaine d'années au plus. Je ne dois cependant pas omettre de rappeler que, dans le siècle dernier, deux médecins distingués vivant à la même époque doivent être regardés comme ayant posé les premières bases de la dermatologie; je veux parler de Plenck (1776) qui vivait à Vienne, dans la ville où nous nous trouvons aujourd'hui, et de Lorry, médecin français, dont l'ouvrage De morbis cutaneis est daté de 1777. Circonstance assez singulière, ces deux auteurs paraissent déjà avoir indiqué dans leurs œuvres les tendances ultérieures des deux écoles de Vienne et de Paris; le premier, Plenck, s'attachant exclusivement

aux caractères extérieurs des maladies, envisagées sous le rapport local, l'autre, Lorry, divisant les affections cutanées en deux grandes classes, la première plus nombreuse, dans laquelle il rangeait les maladies de cause interne, la seconde comprenant celles qui naissent de la peau elle-même, les maladies locales. Ne voit-on pas là l'indication de ces deux doctrines qui se développeront plus tard, l'école de Paris, considérant les maladies de la peau comme étant, le plus souvent, le reflet de causes internes, l'école de Vienne ne niant pas complétement l'influence des causes générales sur la production des maladies cutanées, mais ayant de la tendance à regarder la plupart des éruptions comme de cause locale, comme bornées à la peau.

Toutefois, malgré ces travaux de Plenck et de Lorry et même malgré les ouvrages si rémarquables de Willan et de son élève Bateman, la plupart des médecins, dans leurs études laissaient de côté les maladies de la peau et les ignoraient à peu près completement, lorsque l'attention fût éveillée au commencement de ce siècle par les publications et par l'enseignement des médecins distingués qui se sont succédés à l'hôpital Saint-Louis de Paris.

Pendant d'assez longues années cet hôpital fût presque la seule école dermatologique où les médecins et les étudiants français et étrangers venaient apprendre les maladies de la peau en écoutant les leçons D'Alibert, de Biett et de leurs élèves, Gibert, Cazenave et Devergie. J'ajouterai aussi qu'à peu près, à la même époque, parût, en 1827, le traité si rémarquable des maladies de la peau de Rayer, ouvrage dans lequel, à côté de bonnes descriptions cliniques, se trouvaient des recherches historiques intéressantes et déjà des notions sur quelques maladies alors ignorées et dont l'histoire a été complétée plus tard.

Grâce à ces maîtres, on commençait à s'occuper un peu plus des maladies de la peau et à en reconnaître l'importance, lorsque parurent trois hommes qu'on peut regarder comme les vrais fondateurs de la dermatologie moderne; c'étaient à Londres Erasmus Wilson, à Vienne l'illustre Hebra et à Paris notre Bazin dont les opinions ont été si vivement discutées. Je n'ai pas besoin de faire ici leur éloge, leur mérite vous est connu et vous savez aussi quelle influence ils ont exercée sur l'avenir de la dermatologie. En effet, à partir du moment où leur enseignement s'est répandu l'étude des maladies de la peau est devenue plus générale, de tous les côtés on s'en est occupé, on a créé des cours; on a publié des ouvrages importants; des journaux traitant exclusivement des ma-

ladies cutanées ont été fondés; dans la plupart des pays civilisés, des services spéciaux dans les hôpitaux ont été établis pour le traitement des malades et pour l'enseignement des élèves. En Europe et en Amérique, des sociétés dont le nombre augmente chaque année se sont formées, les discussions les plus intéressantes y ont lieu sur des sujets de dermatologie et contribuent aux progrès de cette science spéciale. Dans des temps plus rapprochés on a établi des laboratoires, dans lesquels, suivant la tendance de l'époque actuelle, on s'est livré aux travaux minutieux d'histologie, de bactériologie et de chimie pathologique.

C'est alimenté par toutes ces sources diverses, que le progrès s'est accompli et que nous sommes arrivés à la situation présente que je vais tacher de vous esquisser dans ses grandes et principales lignes. Je ne puis être complet, je devrais, pour remplir strictement ma tache, nommer la plupart de ceux qui m'écoutent; car chacun d'eux a apporté sa pierre à l'édifice dermatologique qui s'élève aujourd'hui à une hauteur déjà considérable, mais j'abuserais de votre patience, si je parlais de tous ceux qui le méritent et des ouvrages remarquables qui ont paru dans ces derniers temps. Voyons donc simplement où nous en sommes, à l'époque actuelle, en vous présentant, comme on le dit en France, le bilan de nos connaissances dermatologiques.

Ce qui frappe tout d'abord aujourd'hui c'est la perfection avec laquelle sont décrits les types morbides généralement acceptés; dans les livres, dans les mémoires, dans les cours, tout ce qui a rapport à la maladie cutanée a été étudié dans les plus grands détails; dans certains ouvrages on a joint, à la description nosologique, des planches coloriées qui constituent des portraits parfaitement ressemblants; dans notre musée de l'hôpital Saint-Louis des moulages pris sur les malades eux-mêmes imitent complétement la nature: des richesses semblables existent à Vienne, à Londres et dans la plupart des centres dermatologiques. Il résulte de tous ces travaux une grande facilité pour connaître la maladie sous toutes ses formes. Mais ces études si minutieuses ont eu aussi comme conséquence, de démembrer certains genres nosologiques, d'élever à l'état d'espèces distinctes certains états morbides qui n'avaient jusque là été considérés que comme des variétés et de créer de nouveaux types pour désigner, sous des noms nouveaux, des éruptions qui ne paraissent pas rentrer, par leur apparence symptomatique, par leur marche et par leur cause, dans les genres connus.

C'est ainsi que le lichen, déjà ébranlé par Erasmus Wilson, par Hebra, par Anderson et par moi-même a été complétement modifié, dans ces derniers années et qu'on n'a retenu, pour en faire partie, que quelques espèces morbides, dont les principales sont le lichen simple, aigu et chronique de Vidal, le lichen plan d'Erasmus Wilson et le lichen ruber d'Hebra, en renvoyant les autres variétés classiques, décrites sous ce nom, à l'urticaire, à l'eczema, au prurigo, aux kératoses, et en démontrant cliniquement que les signes regardés comme caractéristiques du lichen, savoir: l'épaississement, la rudesse, la sécheresse de la peau et l'exagération de ses plis, pouvaient être secondaires à d'autres maladies prurigineuses. Il en est de même de l'impetigo et du pityriasis, le premier ne pouvant plus aujourd'hui être regardé comme un genre distinct, le second ayant été rattaché à l'eczema dont il forme le plus souvent le début ou la terminaison, et dont le pityriasis rubra décrit par Hebra et par Devergie doit être considéré comme une maladie spéciale.

La légitimité du pemphigus a été également attaquée, on a cherché à démontrer que ce genre, caractérisé par la présence d'une bulle, comprend des maladies différentes qui ne doivent pas être désignées sous le même nom. Sous l'influence de Dühring et de l'école française, on a surtout proposé de distraire de ce genre une maladie à laquelle on a donné le nom de dermatite herpétiforme et que l'école de Vienne continue, jusqu'à présent, à ne considérer que comme une variété de pemphigus.

Des travaux importants ont été entrepris sur le sycosis; à côte de la tricophytie parasitaire, on a distingué des affections particulières des glandes pilo-sébacées, les unes simplement inflammatoires, les autres dans lesquelles on a constaté, d'après Bockhart et Tommasoli, la présence des cocci ordinaires du pus. Sous le nom de folliculitis, de périfolliculitis, on a encore décrit des variétés importantes du sycosis pilaire de Bazin et de mon adénotrichie (Leloir et Duclaux, Quinquaud, Besnier, Barthélemy).

D'une autre côté, de récentes découvertes ont nécessité la constitution de nouveaux types dermatologiques et, parmi eux, je citerai l'actinomycose, maladie parasitaire assez commune chez les animaux et principalement chez les bovidés et qui a été rencontrée chez l'homme; le xeroderma pigmentosum de Kaposi, les hydradénomes, l'érytheme vacciniforme des enfants qu'on a souvent confondu avec les éruptions syphilitiques (Sevestre, Besnier, Jacquet), la farcinose cutanée dont la connaissance est également due à l'école française.

Je signalerai encore, comme résultats des travaux contemporains, la connaissance plus approfondie des dermatites exfoliatrices, déjà magistralement esquissées par Erasmus Wilson, Devergie, Hebra et Bazin, mais dont l'étude a été complétée par Vidal, Besnier et Brocq; ainsi que les études sur la mycosis fungoide, indiquée pour la première fois par Alibert dont l'école française revendique la constitution et dont elle a décrit récemment une forme érythémateuse qui serait sa première période, sa période prémonitoire.

Puis j'indiquerai la description récente d'une éruption généralisée rattachée au lupus par Kaposi sous le nom de lupus disséminé. Je mentionnerai encore une maladie observée principalement aux pieds et aux mains, désignée par Tilbury Fox sous le nom de dysidrose et que j'ai décrite très-exactement comme une variété de l'eczeme, dont l'aspect particulier me paraît du à l'épaisseur et à la dureté de l'épiderme dans les régions où elle se développe.

Je ne dois pas oublier de vous indiquer aussi les keratodermies nouvellement décrites, qu'on a séparées de l'icthyose, des altérations de la sécrétion sébacée, si bien étudiées par Unna, de la maladie de Morvan, caractérisée par des douleurs nevralgiques, de l'anesthésie, de l'analgésie des doigts et des mains, suivies de phlyctènes et d'ulcérations, qu'on a rattachée à la syringomyélie et que tout recemment, après un examen très-approfondi des malades Zambacco a considérée comme une manifestation de la lépre, transmise de génération en génération, depuis le moyen-âge, dans un coin de la Bretagne. A côté de l'affection décrite par notre compatriote Morvan, je placerai celle indiquée par Weir Mitchel, laquelle, consistant dans la sécheresse, la dureté et l'atrophie de la peau, paraît se rapprocher de la sclérodermie. Ces maladies de Morvan et de Weir Mitchel m'amènent à vous indiquer les recherches entreprises pour rattacher certaines dermatoses à des troubles fonctionels et matériels du système nerveux, je veux parler de la sclérodermie, du zona, du vitiligo, des pseudo-pelades, de certaines éruptions prurigineuses et peut-être du psoriasis.

Vous parlerais-je encore des éruptions artificielles dont l'étude commencée par Bazin a été si bien complétée par Morrow, de New-York, particulièrement de celles qui sont consécutives à l'administration des médicaments appartenant à la série aromatique et qui ont été signalées dans ces derniers temps; mais je m'arrête, pour vous signaler, comme étant bien de l'époque actuelle les ré-

sultats de la bacteriologie appliquée à l'étude des affections cutanées, lesquels sont venus étendre le nombre des maladies parasitaires: le lupus, la lèpre, la morve, certains cas d'érythèmes, d'impetigo, d'ecthyma ont été reconnus comme étant de nature parasitaire; et dans des circonstances douteuxe de diagnostic, la présence reconnue du microbe, sa culture, quelquefois même, comme pour la morve et les lésions tuberculeuses d'expérimentation sur les animaux, ont permis d'affirmer l'existence de la maladie.

Dans ce genre de recherches, la voie est largement ouverte et on ne sait encore jusqu'où elle conduira. Déjà on a tenté, bien à tort suivant moi, de rattacher le psoriasis aux maladies parasitaires (Lang, d'Innsbruck); avec plus de probabilité, on a attribué à la présence d'un microbe la production du mycosis fungoïde, le développement du xanthélasma, des psorospermoses, dont la maladie de Paget est une des variétés importantes: Darier, Thibault, Bollinger, Neisser, Wickham ont décrit, dans cette affection, un parasite dont les dernières recherches n'ont pas confirmé l'existence. Enfin à propos de l'éléphantiasis des arabes on a émis cette opinion que la maladie était due à la présence des embryons de la filaire dans les voies lymphatiques. Comme on le voit pour certains cas considérés comme de nature parasitaire, le doute est encore permis, mais les résultats acquis pour le lupus, pour la morve, pour la lèpre sont considérables et appartiennent bien à notre époque.

Il me reste à vous entretenir maintenant des modifications apportées, dans ces dernières années au traitement des maladies de la peau. Je me hâte de dire que la médication interne a peu varié; j'ajouterai cependant que nous continuons en France à y attacher une grande importance ainsi qu'à l'observation des précautions hygiéniques et particulièrement de l'hygiène alimentaire, moins recommandée par les autres écoles. Dans les maladies locales elles nous paraissent également utiles; et même dans le traitement des affections parasitaires, nous sommes d'avis que la médication interne et particulièrement la médication reconstituante aident beaucoup à la guérison, en modifiant le terrain organique, dont la mauvaise disposition favorise le développement du parasite et contribue à son entretien.

Mais si la médication interne a peu changé, il n'en est pas de même du traitement externe qui comprend un grand nombre de moyens nouveaux que nous devons mentionner. C'est ainsi qu'il y a maintenant un traitement chirurgical des maladies de la peau; les scarifications proposées par Balmano Squire, pour les nævi

et pour quelques variétés d'acne ont amené des guérisons rémarquables entre les mains de l'auteur, de Vidal, de Besnier, de Brocq et de plusieurs autres médecins; elles ont été appliquées utilement dans certains cas de lupus, dans la keloïde, dans la séborrhée localisée et Vidal s'en est même servi avec avantage contre le prurit local invétéré. De même les raclages avec la curette de Volkmann ou avec tout autre instrument analogue ont produit de bons effets pour le lupus et quelques ulcères chroniques avec induration cutanée. On a été même jusqu'à proposer l'ablation totale de la plaque lupeuse, et comme cette opération est habituellement suivie de cicatrices vicieuses, on a cherché à les éviter par la transplantation d'une greffe dermo-épidermique, d'après les procédés de Thiersch, de Sänger, de Voutrin, de Roux et de Hahn, mais les résultats n'ont pas été assez favorables pour encourager à les imiter. Dans les mêmes circonstances on a substitué aux caustiques minéraux qu'on employait antérieurement, la cautérisation ignée à l'aide du cautère Paquelin, plus recemment l'électrolyse et mieux l'électropuncture galvanique qui ont été appliquées heureusement à la guérison des nævi et de quelques tumeurs cutanées, en traitement du lupus, et même à la destruction de poils mal placés, qui font le désespoir de certaines femmes.

A propos des moyens locaux de traitement à opposer aux maladies cutanées, je ne dois pas oublier de parler des pommades préparées avec certaines substances nouvelles, telles que l'iodoforme, l'iodol, le salol, le dermatol, la résorcine, l'acide salicylique, la cocaïne et celles qui contiennent l'acide pyrogallique et l'acide chrysophanique, employées contre le psoriasis. Je dois citer encore l'ichtyol dont Unna a vanté les bons effets à l'extérieur et même à l'intérieur. Beaucoup de ces substances que je viens de citer, ont été aussi employées sous forme d'emplâtres, moyen thérapeutique qu'on a cherché à réhabiliter en se servant d'une préparation moins irritante pour la peau que les anciens emplâtres qu'on avait à peu près abandonnées. Unna, de Hambourg, Vidal et Hallopeau, de Paris, en ont retiré de bons effets et, dans plusieurs circonstances préfèrent l'emploi des emplâtres à celui des pommades. En terminant ce qui a rapport au traitement des maladies de la peau, je dois signaler, comme une méthode assez récente, l'emploi des injections sous-cutanées appliquées d'abord en Allemagne et qui n'a pas tardé à se vulgariser de tous les côtés. C'est surtout contre les éruptions syphilitiques que ce mode de médication a été proposé; d'après certains médecins, qui l'ont appliquée un grand nombre de fois, on

obtiendrait de cette manière, des résultats plus prompts et plus durables que par l'emploi des médicaments administrés par la bouche ou en frictions, non seulement pour la guérison des syphilides, mais encore pour celle des autres accidents syphilitiques.

Je devrais peut-être ici, à propos des injections sous-cutanées vous entretenir du traitement de Koch, préconisé contre les affections tuberculeuses de la peau; mais il s'agit là plutôt de thérapeutique générale que de thérapeutique cutanée et je ne crois pas qu'il y ait lieu d'entrer dans la discussion de cette nouvelle méthode, il me suffit de l'avoir signalée comme appartenant à notre époque.

J'en ai dit assez, Messieurs, pour que vous puissiez juger que, pour le traitement des maladies de la peau, la chirurgie a étendu son domaine comme elle l'a fait pour beaucoup d'autres affections. Décidement la fin de ce siècle appartient aux chirurgiens.

Après ce résumé que j'aurais voulu rendre plus court, je crois pouvoir affirmer que la dermatologie est en progrès et qu'elle s'est élévée au niveau des autres parties de la science médicale, mais je pense que nos efforts seraient bien plus fructueux, si nous avions, pour nous guider une doctrine généralement acceptée, ou, au moins, une nomenclature et une classification commune. Aujourd'hui, c'est la classification d'Hebra qui domine presque partout en Europe et en Amérique; je reconnais ses qualités, elle s'appuie sur une base solide, l'anatomie pathologique, mais elle a l'inconvénient grave de séparer des affections qui se ressemblent et de réunir les unes à côté des autres des affections de nature bien différente; on peut lui faire les mêmes reproches que ceux, qu'on a adressés à la classification de Willan. En France nous avons toujours eu de la tendance à nous appuyer sur la nature réelle ou présumée des maladies cutanées pour les classer et pour les décrire. Si elle était exacte elle serait certainement la meilleure, car elle permettrait de réunir des types pathologiques qui ont des causes identiques et dont le traitement est à peu près le même; et, de cette manière, l'indication de la classe à laquelle appartient telle maladie indiquérait de suite sa nature et éclairerait sur le traitement convenable. C'est ce que Bazin et moi nous avions tenté de faire; malheureusement les critiques légitimes n'on pas manqué, la nature d'un assez grand nombre de maladies n'étant pas démontrée actuellement et ces maladies étant rangées un peu arbitrairement dans la classe où l'on les fait figurer. Aussi en France, en ce moment, il n'y a plus de doctrine, il n'y a plus de classification dermatologique, on se

contente de colliger des faits sans les classez et on demeure dans une attente scientifique. C'est ainsi que dans les derniers ouvrages sur les maladies de la peau, qui ont été publiés chez nous, on en a été réduit à décrire ces maladies d'après l'ordre alphabétique de leur nom. Et cependant, il faut une classification, un ordre dans toute science, si l'on veut qu'elle se maintienne et surtout qu'elle progresse; c'est une nécessité pour l'enseignement qui doit procéder du simple au composé, des généralités aux cas particuliers. Outre le mérite de l'auteur et de son savant continuateur, notre éminent président, le succès de l'œuvre d'Hebra tient en grande partie à sa classification.

Malgré les difficultés, qui ne me paraissent pas insurmontables, il est donc nécessaire qu'il existe une classification et une nomenclature dermatologiques, et ce qu'un homme seul aurait de la peine à accomplir, une assemblée telle que celle devant laquelle j'ai l'honneur de parler peut l'entreprendre avec chance de succès. Aussi, en terminant, je demande qu'on metté à l'ordre du jour du prochain congrès l'adoption d'une classification et d'une nomenclature dermatologiques. Que chacun de nous y réfléchisse, qu'on propose des plans, on les discutera et on s'efforcera d'arriver à un résultat nosologique qui devra contribuer aux progrès incessants et à l'éclat de cette partie de la science médicale qui a pour but l'étude des maladies cutanées.

---

## II. Sitzung. — 11½ Uhr Vormittags.

Herr Arning (Hamburg):[1])

### Die gegenwärtige Verbreitung der Lepra in Europa und ihre sociale Bedeutung.

Meine Herren!

Ein halbes Jahrhundert ist gerade vergangen, seitdem das moderne Leprastudium entrirt worden ist durch Danielssen und Boeck's Arbeiten. Vor drei Decennien markirten Virchow's Enquête und Untersuchungen eine neue Epoche der Lepraforschung. Dann kam als einer der Vorläufer unserer bacillenreichen Zeit vor beinahe zwei Decennien die Hansen'sche Entdeckung des Leprabacillus und sein Studium durch Neisser. An der Hand dieser Entdeckung und im Anschluss an die grossen Umwälzungen, welche die bakteriologischen Forschungen auf allen Gebieten der Medicin geschaffen wurden, ist die Lepra in ihren alten und frischen Herden mit erneutem Eifer studirt worden.

Viele an diese Entdeckung geknüpfte Hoffnungen, die verwickelten Fragen der Lepra zu lösen und die Machtlosigkeit der ärztlichen Kunst durch eine erfolgreiche Therapie zu ersetzen, sind erweckt und zu Grabe getragen worden. Gerade die wichtigsten Punkte harren noch ihrer Entscheidung. Im Allgemeinen ist indessen wohl eine Uebereinstimmung dahin erzielt worden:

Erstens: Dass die Lepra eine dem menschlichen Organismus eigenthümliche und in ihrer Verbreitung von der Verbreitung des leprös erkrankten Menschen abhängige bacilläre Erkrankung ist.

Zweitens: Dass die Krankheit nicht nur in ihrer Aetiologie und ihren Symptomen, sondern auch in den Abstufungen ihrer

[1]) In Verhinderung des Herrn Autors wurde das Referat durch Herrn Dr. Riehl verlesen.

Virulenz und in ihrer fast stets fatalen Prognose überall die gleiche ist und zu allen Zeiten die gleiche gewesen ist.

Diese Anschauungen fussen neben dem Studium der Lepra in ihrem grössten europäischen Stammsitze, Norwegen, wesentlich auf Untersuchungen in aussereuropäischen älteren und neueren Herden. Nun da man weiss, dass die tropischen Formen der Lepra nicht anders geartet sind als solche, die noch in unserer unmittelbaren Nähe entstehen, dürfte es wohl eine dankenswerthe Aufgabe für einen in Europa tagenden Internationalen Dermatologischen Congress sein, auch in diesem alten Culturcontinente Umschau zu halten und durch Discussion und bezügliche Beschlüsse eine Anregung zu geben, dass dem augenblicklichen Stande der Lepra in Europa erneute Aufmerksamkeit gewidmet und ständige Controle zugewandt werde.

Von der Meinungsverschiedenheit in Bezug auf Heredität und Contagion erscheint mir die Behandlung des jetzt vorliegenden Themas vollständig unabhängig. Die Vertreter beider Ansichten stehen doch auf dem gemeinsamen Standpunkte, dass die Lepra eine vom Menschen abhängige Infectionskrankheit ist, und dass jeder einzelne Lepröse den Ausgangspunkt eines neuen Erkrankungsherdes abgeben kann.

Ob es unter den jetzigen sanitären Verhältnissen Europas wahrscheinlich ist, dass wieder der ganze Continent wie zur Zeit des XI.—XV. Jahrhunderts von Lepra überfluthet werde, mag ja zweifelhaft erscheinen, dass jedoch eine Neuansiedlung des Aussatzes in Europa thatsächlich möglich ist, das lehren die seit der Mitte dieses Jahrhunderts neu entstandenen und sich verbreitenden Lepraherde Russlands und Spaniens[1]) und ausserdem eine kleinere seit einem Decennium beobachtete neue Endemie in Deutschland.

Von einer durch die frühere Durchseuchung bewirkten Giftfestigkeit der europäischen Bevölkerung kann jedenfalls nicht die Rede sein, wenn man berücksichtigt, wie häufig Europäer in fernen Lepraländern die Krankheit acquiriren. Es fragt sich überhaupt sehr, ob es bei Lepra eine ererbte Immunität gibt; die Thatsachen scheinen dagegen zu sprechen, bei einer Krankheit, die so exquisit in Familien verläuft, dass man sie geradezu durch Heredität allein hat erklären wollen. Auch kann schon auf Basis des Materials behauptet werden, dass die Lepra neuerlich Fortschritte in Europa gemacht hat und nur dort eine Abnahme zeigt,

[1]) Archdeacon Wright: Leptosy an Imperial Danger. London 1889, p. 111.

wo sich das Erforderniss für eine rigorose Segregation herausgestellt hat.

Die Gefahr für Europa wird dadurch noch vergrössert, dass in allen übrigen Continenten die Lepra anerkannter Massen in den letzten Decennien eine enorme Zunahme zeigt, und somit bei der gleichzeitigen Steigerung des Weltverkehrs die Einschleppungen stets häufiger vorkommen werden. Unter diesen Umständen ist es jedenfalls geboten, dass auch die europäischen Sanitätsbehörden der Lepra volle Aufmerksamkeit zuwenden. Dazu würde zunächst gehören, dass die Studirenden der Medicin über die Symptome und das Wesen der Krankheit besser instruirt werden. Es darf nicht passiren, dass ein schwerer und classicher Fall von tuberöser Lepra nacheinander von drei auswärtigen und fünf deutschen Aerzten nicht als solcher diagnosticirt und auf Syphilis behandelt wird, wie mir dies vor wenigen Tagen noch vorgekommen ist. — Sodann müsste der Grund gelegt werden zu einer einheitlichen Registrirung der bestehenden Fälle, und es wäre ein erfreuliches Ergebniss dieses Congresses, wenn es gelänge, eine derartige Enquête unter den Auspicien der europäischen Regierungen anzubahnen.

Die Gesichtspunkte, nach denen eine derartige Sammelforschung zu unternehmen wäre, sind etwa folgende:

1. Stellen die betreffenden Fälle einen alten Seucheherd dar?
   *a*) Ist dieser Herd im allmäligen Aussterben oder hält er sich constant an Zahl und Ausdehnung oder breitet er sich gar aus?
   *b*) Lässt sich in solchen Herden ein vorzugweises Befallensein einer bestimmten Nationalität oder Rasse nachweisen?
2. Handelt es sich bei den betreffenden Fällen um neu importirte?
   *a*) Sind diese Fälle aus bestehenden europäischen oder aussereuropäischen Herden eingeführt?
   *b*) Ist eine Verbreitung von derartigen importirten Fällen aus zu constatiren?
3. Welche sanitäre Massregeln sind gegen die Lepra von den betreffenden Regierungen ergriffen worden und wie bewähren sich dieselben?

Erst eine solche neue Leprastatistik wird uns einen klaren Blick über die Lepraverhältnisse Europas ermöglichen. Bisher ist

dies nur für Norwegen und, wie Herr Petersen Ihnen berichten wird, in gewissem Sinne für Russland möglich. Um jedoch für die Anschauung eine ungefähre Schätzung zu gewinnen, können wir aus den vorhandenen Angaben die Zahl der endemischen Leprafälle allein der westlichen Hälfte Europas auf circa 3000 berechnen.

Die Vertheilung ist etwa die folgende:

In Norwegen werden jetzt circa 1200 Aussätzige gezählt, für Spanien können wir auf Olavide's[1]) Autorität hin die gleiche Zahl annehmen. Im westlichen Europa würde dann Portugal mit einer grossen, auf mindestens 300 taxirten, Zahl Lepröser kommen, hierauf Sicilien mit etwa 100, Frankreich und Nord-Italien zusammen mit circa der gleichen Anzahl, die Insel Malta mit 70 und Island mit etwa 100.[2])

Zu diesen in den endemischen Herden des westlichen Theiles von Europa vorhandenen 3000 Aussätzigen müssen wir noch diejenigen hinzuzählen, welche aus fernen Lepraländern inficirt nach Europa zurückkommen und wesentlich nach unseren grossen Regierungs- und Handelsmetropolen centriren. Zieht man bei der Schätzung dieser Fälle die Schwierigkeiten in Betracht, welche dadurch bereitet werden, dass derartige Patienten und ihre Angehörigen stets bemüht zu sein pflegen, das Bestehen einer Lepra zu verheimlichen, so können wir ganz ansehnliche Zahlen von Leprösen an solchen Plätzen vermuthen. Wir haben Besnier's gewichtiges Zeugniss dafür, dass die Pariser Hospitäler circa 80 Fälle beherbergen und dass etwa die gleiche Anzahl Kranker noch ausserhalb der Hospitäler vermuthet werden darf. Auch in London lässt sich wohl die Anwesenheit von 100 Personen voraussetzen, welche Symptome der Krankheit bieten. Von Holland werden wir, obwohl wenig darüber bekannt ist, annehmen müssen, dass seine in engster Verbindung mit den von Lepra strotzenden Colonien stehenden Hauptstädte eine ganz respectable Anzahl Aussätziger beherbergen. Ich schliesse das aus dem, was ich von Hamburg weiss, wo stets nur wenige Monate vergehen, ohne dass neue Leprafälle einem zu Gesichte kommen. Die Zahl der Leprösen, welche augenblicklich in Hamburg sich aufhalten, taxire ich auf 10—15, die theils bei ihren Angehörigen, theils in Krankenhäusern unterge-

[1]) Olavide: Die Verbreitung der Lepra in Spanien. Verhandl. Pariser Congress 1889.

[2]) Diese Zahlen stützen sich auf die ungefähren Berechnungen Leloir's (1886) und Thin's (1891).

bracht sind, theilweise auch als thätige Geschäftsleute ihrem Berufe nachgehen. Nehmen Sie dazu die anderen grossen Handelsemporien Europas und die einzelnen Krankheitsfälle, über die sich aus kleineren Universitätskliniken berichtet findet, so werden Sie leicht ersehen, dass sich die Leprösen, welche allein in der westlichen Hälfte Europas als importirte Fälle sich aufhalten, gering berechnet auf 300—400 computiren lässt.

Dass von diesen Fällen eine eigentliche Neuausbreitung der Krankheit in seuchefreien Theilen Europa's möglich ist, kann wohl niemand läugnen, wahrscheinlich ist es jedoch nicht, denn die meisten dieser importirten Fälle gehören den besseren Ständen an und kommen hilfesuchend nach Europa. Sie werden theils privatim, theils in Krankenhäusern verpflegt unter Bedingungen, bei welchen wir eine Verbreitung chronischer Infectionskrankheiten überhaupt schwer eintreten sehen. Die Patienten sind sich der Natur ihres Leidens bewusst und stehen alle unter dem Eindruck einer von ihnen ausgehenden Gefahr: sie fühlen sich aussätzig. Dass aber von einem solchen importirten Kranken bei mangelndem hygienischen Schutz die Lepra sich ausbreiten kann, das zeigt der berühmte Dubliner Fall von Hawtrey Benson.

Immerhin ist es aber von thatsächlich grossem Interesse, dass ein so vorsichtiger Beobachter wie J. Hutchinson[1]), auf seine langjährige und grosse Erfahrung in England fussend, aussprechen kann, dass er von solch' importirten Fällen aus niemals eine Infection hat ausgehen sehen.

Auch finden sich diese eingeschleppten Fälle wesentlich in den grossen Städten Europas, in denen zwar allerdings noch mehr als genug sociales Elend und Schmutz besteht, jedoch im Allgemeinen bessere Bedingungen herrschen als an vielen Strecken des freien Landes. — Wir können dafür auch unsere aussereuropäischen Lepraerfahrungen verwerthen, die überall erkennen lassen, dass die Krankheit in dünn bevölkerten Gegenden sich heimisch fühlt. Die grossen, z. B. aus den indischen und japanischen Städten gemeldeten Zahlen von Aussätzigen beruhen vielfach auf Einwanderung der verarmten Kranken des Landgebietes in die Städte, wo sie von dem Mitleid und der Wohlthätigkeit ihrer Mitmenschen Unterstützung zu finden hoffen.

So ist es denn auch vielleicht wichtiger für uns, solche Gegenden Europas besonders ins Auge zu fassen, wo unter einer

[1]) Verhandl. Berl. Intern. Med. Congress 1890.

sanitärlich nicht leicht zu controlirenden Bevölkerung die Lepra neue Stammsitze zu etabliren scheint. — Sie werden von Herrn Petersen exacte Aufschlüsse über die neuen Lepraherde in den russischen Ostseeprovinzen erhalten. Sie werden erfahren, dass die Krankheit höchst wahrscheinlich durch Militärverschiebungen aus Süd-Russland dort eingeschleppt worden ist und in den letzten Decennien solche Forschritte gemacht hat, dass die Einrichtung von Leproserien dort eine sanitäre Nothwendigkeit geworden ist. — Sie werden aber vielleicht erstaunt sein, zu hören, dass seit einem Decennium auch innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches ein neuer endemischer Lepraherd sich entwickelt hat. Es handelt sich um eine Reihe von autochthonen Fällen in einem kleinen Gebiete bei Memel im Königreich Preussen. Hart an der russischen Grenze gelegen und unter gleichen Bedingungen, wie das inficirte benachbarte russische Kurland, ist ein Uebergreifen der russischen Endemie wohl erklärlich, zumal ein lebhafter Grenzverkehr besteht. Nach Mittheilungen, die ich der grossen Liebenswürdigkeit der Herren Rosenthal in Memel und Ortmann in Königsberg verdanke, sind aber durchaus nicht alle Fälle aus Russland importirt, sondern in Deutschland selbst entstanden.

Des Genaueren lässt sich in Bezug auf diese Endemie berichten, dass vor dem Jahre 1882 keine Leprafälle bekannt waren, seitdem aber schon acht Fälle beobachtet worden sind. Dabei ist es die Ansicht meines Gewährsmannes, dass noch mehr Fälle im Districte vorhanden sind, die erst zur Cognition kommen werden, wenn sie in vorgerückterem Stadium der Krankheit ärztliche Hilfe oder Armenunterstützung nachsuchen.

Herr Physikus Dr. L. Rosenthal in Memel berichtet mir:

»Es ist mir nicht bekannt, dass vor dem Jahre 1882 Leprafälle in diesem Kreise vorgekommen sind. Der erste Fall wurde von Dr. Fuerst und mir im Jahre 1882 constatirt. Es handelte sich um einen litthauischen Bauern aus einem Vororte Memels. Der Mann war nie über die russische Grenze gekommen, hatte auch nachweisbar keinen Verkehr dorthin. Ob Kleidungsstücke die Vermittler waren, konnte wenigstens nicht festgestellt werden. Es sind seitdem sieben neue Fälle beobachtet worden, der letzte im vorigen Jahre. Es handelte sich in allen Fällen um litthauische Bauern (sieben Männer und eine Frau) im Alter von 20—40 Jahren. Zwei der Erkrankten waren Brüder, und die Erkrankung trat auch ziemlich gleichzeitig bei ihnen auf. Alle übrigen Erkrankten wohnen in Entfernungen von 4—15 Kilometern, hatten unterein-

nander keinen unmittelbaren Verkehr, kannten sich gegenseitig nicht. Nicht einmal wurde ein Hausgenosse oder Nachbar nachträglich von der Krankheit ergriffen. Eine Einschleppung der Krankheit aus Russland war nicht nachweisbar, doch ist der Grenzverkehr ein so lebhafter, dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist. Ob einer von den Erkrankten selbst einmal über die Grenze gekommen ist, weiss ich nicht; einige verneinten es bestimmt.«

Bei allen diesen Fällen handelt es sich um schwere und schnell verlaufende Formen von tuberöser Lepra, von welcher wir wissen, dass sie in neuen Lepraherden die typische ist, während die Nervenlepra dort zu überwiegen scheint, wo die Krankheit schon lange gewüthet und vielleicht einen Theil ihrer Virulenz eingebüsst hat. Von einem derartigen Fall von Nervenlepra aus derselben Gegend berichtet mir Herr Dr. Ortmann, als von ihm in Königsberg beobachtet. Dieser Fall kann aber ebenso gut als importirt gelten, da er einen aus Russland gebürtigen Juden betraf, den seine Handelsbestrebungen oft über die Grenze hin- und herüberführten.

Eine derartige, in kurzer Zeit sich vollziehende Häufung von Fällen auf einem ganz beschränkten Gebiete, in welchem jede Tradition über das Vorhandensein von Lepra erloschen war, fordert bestimmt dazu auf, dass bei unserer mangelhaften Therapie solche Massregeln ergriffen werden, welche sich bisher als die einzig wirksamen erwiesen haben, um dem weiteren Umsichgreifen der Krankheit Einhalt zu gebieten. Schwer, wie ein solcher Entschluss einer Regierung auch fallen möge, bis wir Besseres, eine Heilung der Fälle kennen — und hoffentlich ist eine solche Zeit nicht fern — musss bei einem derartigen Vorkommniss segregirt werden. Dagegen glaube ich nicht, dass solche Massregeln in unseren grossen Städten und dort, wo unter ärztlicher Pflege einzelne eingeschleppte Leprafälle sich niederlassen, nothwendig sein werden. Da ist wohl vorläufig nur eine Registrirung und Controle erforderlich.

Jeder Arzt Europas sollte von seiner Medicinalbehörde verpflichtet sein, jeden ihm vorkommenden Fall von Lepra zur Anzeige zu bringen. Die Medicinalbehörde ihrerseits sollte eine genaue Registration des Falles aufnehmen, die sich besonders auf die Nationalität, den früheren Wohnsitz und die Gesundheitsverhältnisse der Familie des Erkrankten zu erstrecken hätte. An eine solche Registration müsste sich dann eine fortlaufende Controle des Falles, seines etwaigen Wohnungswechsels etc. anschliessen.

Umso grösseren Werth würde eine derartige Registration und Controle dann gewinnen, wenn es gelänge, sie international gleichmässig und mit gegenseitiger Verständigung der betreffenden Regierungen zu handhaben.

So lange das aber nicht erreichbar ist, dürfte es vielleicht möglich sein, einen Theil dieser Aufgabe auf privatem Wege zu erreichen und durch eine von einer internationalen Versammlung, wie der unsrigen, niederzusetzende Commission eine einheitliche Enquête über die Lepra in Europa zu veranlassen. Auf diese Weise würden wir eine wünschenswerthe Basis gewinnen für die Entscheidung der Frage, ob auch Europa wieder von den Schrecknissen des Aussatzes ernstlich neu bedroht erscheint.

## Thesen zur Discussion.

I.

Die Lepra ist eine speciell auf den Menschen beschränkte chronische Infectionskrankheit, die durch den Bacillus leprae mittelbar und unmittelbar übertragbar ist.

II.

Die Bedeutung dieser Krankheit darf auch für Europa nicht unterschätzt werden.

III.

Neben alten europäischen Herden sind innerhalb der letzten Decennien neue endemische Centren in Europa aufgetreten.

IV.

Die Bedingungen für das Bestehen und Entstehen lepröser Endemien lassen sich nicht genau feststellen. Schlechte sanitäre Verhältnisse sind ebenso wenig ausschliesslich verantwortlich zu machen, wie irgend eine bestimmte Ernährungsweise.

V.

Berücksichtigung verdient besonders die Nationalität der Fälle, die Zunahme und Abnahme der Erkrankungszahl und eine eventuelle periphere Verbreitung des ursprünglichen Herdes.

VI.

In von endemischer Lepra freien Theilen Europas müssen die aus diesen alten europäischen und aus aussereuropäischen Seuchen-

herden einwandernden Leprösen sanitätspolizeilich registrirt und in Bezug auf ihre Nationalität, ihre Familienverhältnisse und ihren Aufenthalt controlirt werden. Eine solche Controle sollte möglichst international geführt werden.

VII.

Erst wenn die Krankheit sich verbreitet und endemischen Charakter zeigt, erscheint eine energisch durchgeführte Segregation der Erkrankten ein sanitäres Erforderniss. Eine solche Absperrung muss auch in den alten Lepraherden durchgeführt werden.

VIII.

Nur eine solche Segregation ist im Stande, in verhältnissmässig kurzer Zeit die Zahl der Erkrankungen bedeutend herabzusetzen, eventuell die Seuche zum Erlöschen zu bringen.

---

Herr Falcao (Lissabon).

## Contribution à l'étude de la lèpre en Portugal.

Dans le but de contribuer, sous quelque forme, à l'étude de la lèpre en Portugal, j'ai réuni un assez grand nombre d'observations, dont la majorité personnelles, par confrontation desquelles, j'ai cherché à établir les bases d'une étude sérieuse ce sujet. J'ai en préparation un travail, où les questions qui concernent la lèpre seront traitées avec le développement voulu. Dans ce travail, je me suis servi des travaux antérieurs, dans le seul but de me guider dans les recherches scientifiques à faire, mais tâchant de les oublier pour ne pas me laisser influencer par les idées dominantes a fin que les résultats soient l'expression fidèle de ce que l'observation a révélé à l'égard du Portugal.

Dans l'impossibilité de présenter au Congrès le travail définitif, j'ai l'honneur de soumettre à votre respectable appréciation un résumé provisoire des résultats obtenus.

En Portugal il n'existe pas le moindre isolement; les lépreux vivent mélangés avec la population saine, exercent tous les métiers,

sans excepter même le commerce des produits alimentaires et de la boucherie.

Il y a, il est vrai, aussi bien à Lisbonne qu'à Coïmbre, des établissements spéciaux destinés à recevoir les lépreux (Hôpitaux de Saint-Lazare), mais qui ne comportent qu'un nombre très restreint de malades. Je dois encore ajouter que le séjour dans ces établissements n'est pas obligatoire, les malades étant libres de le quitter, aussitôt qu'ils le voudront.

Et pour vous montrer encore combien les idées d'isolement sont loin d'être mises en pratique au Portugal, il me suffira de vous dire qu'on reçoit aussi les lépreux dans n'importe quel service hospitalier, où ils vivent au milieu des autres malades.

A la campagne, les paysans ne témoignent pas une grande répugnance envers ces malheureux; ils se servent, au besoin, de leur linge; et, au cabaret, on voit même quelquesfois le verre passer de leurs lêvres à celles d'un individu sain.

Malgré cette promiscuité, ce manque de soins et la petite étendue du territoire, qui devrait faciliter toute enquête étiologique, l'agent de la contagion nous échappe. Du grand nombre d'observations (772) que j'ai pu réunir, il n'y a que quelques unes, qui aient pu m'indiquer d'une façon assez nette quel était l'agent de la contagion.

En voici deux exemples:

Une jeune fille de 26 ans couche pendant quelque mois avec une autre atteinte de lèpre (tubercules ulcérés aux jambes et aux avant-bras). Une nuit, après avoir mis des sinapismes aux jambes, elle s'endort et, au réveil, l'endroit où les sinapismes avaient été appliqués était ulcéré. Quelque temps après elle a remarqué que la sensibilité de la peau s'était émoussée, et plus tard à la place où elle avait mis les sinapismes, des tubercules de nature lépreuse se manifestèrent. Cette jeune fille a été en traitement pour sa lèpre dans la salle Saint-Jeanne de l'Hôpital Saint Joseph.

Un garçon, orphelin de père et mère, fût recueilli par une famille pauvre des environs, famille dans laquelle il y avait un lépreux aveugle, qui mendiait. Le garçon fût chargé de conduire l'aveugle et, deux ans après, à l'âge de dix ans, il est devenu lépreux. L'enquête soigneuse relative à ce garçon n'a pas révélé l'existence de la lèpre dans les ascendants, soit maternels soit du côté paternel, et dans le village où il demeurait auparavant, on n'avait pas connaissance d'avoir eu un seul cas de lèpre.

La grande difficulté à saisir l'agent de la contagion n'infirme d'aucune façon l'existence de la contagion : le fait de ce que la période d'incubation peut être plus où moins longue et souvent même très longue rend parfaitement compte de cette difficulté.

L'enquête que j'ai poursuivie m'a révélé un nombre plus grande de lépreux parmi les descendants d'individus ayant souffert de lèpre. Que ce soit l'hérédité ou la contagion dûe à la promiscuité, ce qui est certain, et ce qu'il faut retenir c'est qu'au Portugal les descendants de lépreux sont très sujets à contracter la lèpre.

Dans les 772 observations, qui forment la base de ce travail, il y en a 459 où j'ai rencontré des précédents de famille, dont 247 du côté maternel.

Ces recherches doivent être conduites avec beaucoup de prudence, car, si on interroge directement les malades, rarement on obtient des déclarations exactes : il faut s'adresser aux voisins et connaissances, si on veut obtenir quelques résultats positifs. C'est pour avoir ajouté trop de foi à ce que me disaient les malades eux mêmes, qu'au Congrès de 1889 j'ai pu soutenir des idées un peu différentes de celles que je présente aujourd'hui.

Cependant, il me semble que les faits suivants militent pour l'hérédité et je crois qu'on peut admettre la contagion sans exclusion de l'idée d'hérédité. La tuberculose et la syphilis sont des maladies contagieuses et en même temps héréditaires; il n'est donc pas extraordinaire que la lèpre qui a tant d'analogie avec ces deux maladies, le soit aussi.

J'ai connu à Coïmbre une famille dont le mari était lépreux et dont trois fils, en apparence sains jusque l'âge de dix-neuf ans à peu près, sont devenus lépreux vers cet âge. Ce cas est surtout remarquable, par ce que la maladie s'est manifestée chez tous vers le même âge.

Dans un village de la province de Estremadure (Pego) existe une colonie d'individus de la province de Beira, laquelle s'y est établie depuis cinquante ans, à peu près. Il y a un foyer de lèpre en pleine activité, mais la maladie a attaqué seulement les descendants de ceux-ci, ménageant les anciens habitants de la région et leurs descendants. Et cela dans un pays où la lèpre est endémique et où existe à 18 kilomètres un autre foyer.

Un individu, fils de lépreux, a été élevé d'abord à Paris et ensuite en Allemagne, où il a fréquenté une école supérieure. De retour en Portugal à l'âge de trente-deux ans il était déjà lépreux. Il faut remarquer que son père est mort, quand il avait sept ans

et que sa mère, qui l'a accompagné et vivait encore l'année dernière, ne souffre pas de la lèpre.

Le sexe masculin figure dans une grande proportion: sur 772 cas, 501 appartenaient à ce sexe. Quoique la difficulté à obtenir de observations d'individus du sexe feminin soit plus grande et que ceux-ci cherchent plus que les autres à cacher leur maladie, la proportion reste encore digne de remarque.

Par rapport à l'âge à laquelle a débuté la maladie, les résultats de mes recherches sont consignés dans le tableau suivant:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Jusqu'à 4 ans | 3 | | |
| de 4 à 8 » | 47 | de 28 à 32 ans | 72 |
| de 8 à 12 » | 56 | de 32 à 36 » | 42 |
| de 12 à 16 » | 111 | de 36 à 40 » | 23 |
| de 16 à 20 » | 201 | de 40 à 44 » | 19 |
| de 20 à 24 » | 28 | de 44 à 50 » | 22 |
| de 24 à 28 » | 68 | après 50 ans | 17 |

Je n'ai pas pu arriver à fixer, avec les probabilités possibles dans les recherches de cette nature, l'âge de début que dans 689 cas. On voit que c'est vers l'âge de 12 à 20 ans que la maladie se manifeste le plus souvent.

Sur 772 malades 205 étaient mariés, dont 49 après la maladie déclarée. Parmi ces cas il y a peine 12 où les deux époux sont lépreux; parmi les autres un des époux est resté indemne malgré la cohabitation de plusieurs années.

Dans les 772 observations, qui servent de base à ces notes ne figure aucun individu blond et, quoique la grande majorité de la population ait les cheveux châtains, il y a, cependant, assez d'individus blonds, surtout au nord du pays.

La cause occasionnelle la plus appréciable est, sans contredit, le refroidissement, et, en effet, la presque totalité des malades attribuent au refroidissement (se mouiller étant en sueur) sa maladie. N'accordant à ces faits que leur juste valeur, il me semble cependant, qu'ils sont assez importants pour être pris en considération.

La qualité de l'alimentation ne m'a fourni aucune indication de valeur. Il y a des endroits dans le pays, où la population se nourrit exclusivement de poisson, d'autres où le poisson ne se trouve pas; il y en a où la viande de porc constitue le principal aliment, d'autres où l'alimentation est presque exclusivement végétale; et dans tous ces endroits on rencontre la lèpre.

Les classes misérables, ou plutôt pauvres, car la vraie misère est ici rare à la campagne, souffrent plus que les autres des atteintes de la maladie, mais celles-ci payent aussi leur tribut à la lèpre.

Des 772 malades, 656 étaient pauvres, 105 avaient une fortune moyenne, et 11 etaient riches.

Les premiers symptômes sont variables selon le cas.

Chez quelques uns, le changement de couleur de la peau (peau bronzée) a été le premier symptôme appréciable; chez d'autres les tubercules apparaissent d'emblée.

Un des symptômes qui la plupart des fois révéle l'apparition de la lèpre est la rhinite : avant toute autre chose les malades se plaignent d'avoir le nez sec.

D'autres fois ce sont les épistaxis, pas comme prodrome, mais comme maladie déclarée, et je crois que dans la majorité des cas, il en est ainsi, puisque j'ai pu par l'examen de la muqueuse nasale, au moyen du spéculum, découvrir chez les descendants de lépreux qui se plaignaient d'épistaxis fréquentes (quelquefois un suintement léger) une petite ulcération dans le septum. Et en râclant légèrement la surface, j'ai trouvé plusieurs fois les bacilles de la lèpre dans les produits du raclage.

Il n'est pas rare, de trouver des perforations du septum se maintenir longtemps comme seul symptome. Aidé de ce petit signe, j'ai pu soupçonner la lèpre des mois à l'avance chez trois individus et chez un autre deux ans avant la généralisation de la maladie.

L'odeur particulière des sécrétions (nid de rats) est souvent un des signes prémonitoires de la maladie.

L'atrophie du quatrième interosseux dorsal de la main était la seule altération, que présentait une jeune malade, quand je l'ai vue la première fois, il y a une année. Actuellement elle présente tout le cortège des symptomes de la lèpre.

L'anesthésie en plaques devance dans un grand nombre de cas les autres symptomes. Les paysans expriment ce fait, en disant qu'ils ont des morceaux de la peau encortiçada (de *cortiça* = liège), c'est à dire comme si elle était en liège.

Quelquefois les troubles de la sensibilité sont le seul élément de diagnostic.

La chûte des poils des sourcils n'a pas la valeur, que lui ont attribué quelques auteurs comme premier symptome, car il manque plusieurs fois et quand il se manifeste, la face, presque toujours, présente l'aspect caractéristique.

La forme tuberculeuse est plus fréquente que l'anesthésique dans une proportion considérable.

On trouve fréquemment des formes atténuées.

Dans la lêpre tuberculeuse le siège des premiers tubercules est en général aux jambes et spécialement à la region maléolaire externe. Quelquefois les premiers tubercules apparaissent dans la conjunctive oculaire près au bord de la cornée. Il y a aussi des cas où le lobe de l'oreille est le premier siège.

Dans la lèpre anesthésique les altérations commençent, le plus souvent, par les interosseux des mains (atrophie) ou mal perforant des pieds.

Un cas remarquable: Dans un village du Portugal où on n'a jamais constaté un seul cas de lèpre, un de ses habitants, qui n'a jamais quitté le village, bâti au centre d'une contrée où la lèpre est complètement inconnue, qui n'a pas en fait de lèpre le moindre antécédent héréditaire, est toutefois atteint de lèpre la mieux charactérisée. Ce cas, néanmoins n'est pas le seul. Dans un autre village très éloigné du premier on trouve un autre lépreux dans les mêmes conditions.

On rencontre la lèpre dans toutes les provinces du Portugal, mais les Beiras et spécialement la Beira Alta (surtout la région S. Pedro do Sul), le Algarve et la Extremadura, qui présentent le plus grand nombre de lépreux, Viennent ensuite les provinces de Minho et Douro; mais dans ces dernières provinces, un nombre de cas sont des cas importés par des émigrants, qui ont contracté la lèpre en Amérique et qui plus tard sont rentrés malades dans leurs pays.

Par rapport à l'augmentation ou à la diminution de la lèpre en Portugal je ne pourrai rien dire, car malheureusement il n'y a pas de statistiques, qui puissent me renseigner suffisamment. C'est vrai que quelques foyers sur lesquels il y a quelques notices de médecins de ce siècle sont à présent très atténués (le foyer de Lafoes dans la Beira Alta en est un exemple frappant); mais, d'un autre côté, tous les jours on en registre de nouveaux cas en des endroits où la maladie était jusqu'alors inconnue.

Je ne peux dire si ces cas sont dûs à la tendance de propagation de la maladie, ou si les médecins mieux renseignés et plus attentifs aient fait le diagnostic de cas jusqu'alors inconnus, ou simplement ignorés.

Je crois cependant qu'on arrivera à diminuer considérablement le nombre des lépreux dès qu'on adoptera des mesures d'isolement

compatibles avec l'état de la civilisation actuelle, qu'on améliorera les conditions hygièniques des populations et des individus, et qu'on divulguera avec toute la prudence nécessaire la notion de la possibilité de la contagion; mais l'extinction complète, il me semble excessivement difficile à cause de l'importation qui est importante. Comme j'ai déjà eu occasion de le dire, ce sont des anciens émigrants qui, de retour dans leur pays, rapportent avec eux la lèpre contractée aux diverses colonies, spécialement au Brésil, et qui trouvent dans ce nouveau milieu les conditions favorables de développement, car la maladie y est endémique.

En fait de traitement c'est encore l'acide gynocardique, qui m'a le mieux réussi. A ce sujet, je maintiens encore ce que j'ai dit au Congrès de Dermatologie de Paris, après avoir essayé tous les traitements, qui ont été préconisés après. L'huile de chaulmoogra, dont je me suis servi de nouveau, ne m'a pas donné les résultats annoncés. Cela peut être dû à l'influence du climat, qui ne permet pas l'administration de très grandes doses d'huile, sans graves désordres du côté de l'appareil gastro-intestinal.

En même temps que j'emploie l'acide, je cherche à rendre moins apparentes les difformités en me servant des agents de réduction et dans certains cas particulièrs même des applications galvanocaustiques.

De l'éléctricité comme modificateur de l'anesthésie, je n'ai pas obtenu les résultats annoncés.

---

Herr Kalindero (Bukarest):

## Ueber Lepra auf der Balkan-Halbinsel.

Messieurs!

Au Congrès International de Dermatologie, tenu à Paris en 1889, j'ai eu l'honneur de vous faire une communication sur la Lèpre en Roumanie.

Je reviens aujourd'hui sur ce même sujet, afin d'étudier quelques-uns de ses points et de confirmer, de nouveau, certains autres.

Relativement à l'Etiologie, nous avons été Contagioniste en première ligne, sans vouloir exclure, d'une manière absolue, l'héré-

dité, que nous admettions dans certains cas: en face de quelques-unes de nos observations cliniques et surtout de nos investigations anatomo-pathologiques qui nous ont indiqué la présence de bacilles lépreux dans les testicules et les ovaires.

Depuis, nous n'avons fait que nous fortifier davantage dans cette première affirmation étiologique, et tous les cas récents, au nombre de vingt environ avec observations prises; 3 cas parus seulement à l'Hôpital; 3 autres cas observés par le Dr. Leloir et par moi dans le district Muscel, toutes nos recherches ultérieures n'ont fait que nous prouver de nouveau que la voie de la Contagion était la seule vraie, et que l'hérédité, si elle devait être admise, était très limitée.

La Contagion pouvait être facilitée, disions-nous, par des causes multiples comme la misère, la malpropreté et nous admettions qu'elle pouvait se produire, quelquefois même, sans solution de continuité de la peau, par la tunique des poils.

Cette dernière possibilité, de la pénétration du bacille par la peau intacte, a été affirmée par Mr. le Professeur Babès, pour la morve aiguë, et expérimentalement par la commission composée de M. M. Cornil et Nocard (Académie de Médecine, Séance du 31 Juillet 1888).

J'ai l'intime conviction, qu'un jour ou l'autre, des faits analogues nous convaincront de la possibilité de la Contagion de la Lèpre dans les mêmes conditions. Vous voyez, Messieurs, que je suis Contagioniste, même avec certaines difficultés dans cette Contagion.

Je le suis par le fait de nombreuses préparations anatomo-pathologiques qui nous indiquent que le bacille lépreux peut pénétrer sous le derme, la peau intacte, par la seule voie des poils. Je le suis par les faits cliniques m'indiquant cette transmission par suite d'un contact continu sans solution apparente de la peau, et, chose plus curieuse, la transmission de la Lèpre trophonévrotique sous forme de Lépre tuberculeuse (ainsi qu'on peut le voir dans nos planches, avec des spécimens incontestables). L'observation et les planches de notre Atlas peuvent vous convaincre de la transmission de la Lèpre, par le seul contact du Sein de la Mére avec la face de l'enfant, à la suite de l'allaitement.

Ici il n'y avait pas de solution de continuité des deux téguments; nous avons pu néanmoins constater des bacilles lépreux dans la peau intacte de la Mère et au voisinage des Mamelons; cette observation est aussi probante que celle de Arning.

Depuis le dernier Congrès de Paris de nombreuses publications ont été faites relativement à la Contagion de la lèpre; les recherches à cet égard de Messrs. Besnier Kaurin, mon ami Leloir, completées par de nombreux mémoires sur la Lèpre: en Russie (Munch. La lèpre en Russie, »Revista de Dermatologie« — Madrid Nr. 144—147 p. 263) aux Iles Hawaï (1 Prince A. Morrow; La lèpre aux Iles Hawaï, »Journal of cut. and gen. urin. dis.«, Mai 1889), à Surinam (De la Contagion seule cause de la propagation de la Lèpre, par le Dr. Ch. L. Drognat-Landré et autres), à la Nouvelle Calédonie, au Tonkin en particulier (E. Boinet, La Lèpre à Hanoi »Revue de Médecine« Nr. 8—10 Août 1890), enfin l'intéressante communication faite par le Dr. E. Arning, au Congrès International de Berlin (Arch. f. Dermatologie u Syphilis, 1891 Nr. 1 p. 9) nous confirment de plus en plus dans notre opinion.

La Contagion ne se fait elle que directement de l'homme à l'homme, ou ne doit on pas admettre la Contagion indirecte par l'intermédiaire des milieux dans lesquels vit l'homme?

Mr. Jonathan Hutchinson a incriminé, dans sa communication au Congrès de Berlin (1890), le poisson salé; si cette cause pouvait être invoquée, nous devrions avoir, le long du Danube, des cas multiples de Lépreux, car ces habitants ont, à leur portée, le poisson salé qui est leur principale nourriture et qui ne leur coûte rien. Notre statistique ne nous autorise nullement à admettre cette voie de Contagion par l'aliment poisson. (Voir Dr. Brognat-Landré: De la contagion de la Lépre page 34—35).

Cette Contagion indirecte peut-elle se faire par les piqûres de moustiques? Ce rôle, attribué par le Docteur Mouritz, médecin de la Léproserie des Iles Hawaï, ne ressort pas de nos observations, qui se réfèrent en trés grande partie à des Malades des Bords du Danube, qui sont marécageux et éternellement envahis par ces insectes malfaisants; toutefois, nous ne pouvons pas exclure absolument cette possibilité, du moment que des observateurs comme J. Krashilstschek (Annales de l'Institut Pasteur-Septembre 1889) ont trouvé des bacilles dans le corps de certains pucerons et que le Docteur Dewèvre admet la transmission de la Tuberculose par la punaise des lits (»Revue de Médecine« 12 Avril 1892).

Enfin, Messieurs, la Lèpre peut-elle se transmettre par la Vaccine? Nos recherches, faites à cet égard, ne nous donnent nullement le droit de l'affirmer; je dois ajouter que la vaccination animale se pratique en Roumanie sur une large échelle; toutefois, les cas de transmission de la Lèpre, cités par Arning et constatés à

Lahaina et Maui un an après la vaccination de bras à bras, me paraissent d'autant plus probables que ce district, des îles Hawaï, avait été jusqu'alors indemne de Lèpre.

J'arrive maintenant à la transmission de la Lèpre par Hérédité; j'ai admis cette Etiologie limitée en raison des lésions du testicule et des ovaires; je l'admets même en face de quelques observations recueillies dans mon service; mais jusqu' à quel point ces observations ne sont-elles pas sujettes à caution? jusqu' à quel point leur nombre ne doit-il pas être restreint?

Danielsen et Bœck citent en vérité des cas d'enfants lépreux après la 3ème et la 4ème années, mais ils ne rapportent pas un seul cas où ils aient vu, de leurs yeux, un fœtus ou un nouveau-né portant des stigmates lépreux; (Er. Besnier-A. Doyon, Traduct Kaposi, p. 531). Holmsen cherche à prouver que la Doctrine de ces deux cliniciens n'est pas fondée, et que la contagion seule domine l'Etiologie; elle se ferait par un Miasme spécifique qui s'exhalerait sur les côtes de la Norvège; Sur 93 cas cités par cet auteur 92 sont sans précédents héréditaires; (V. Brognat-Landré; pages 27, 72, 73.)

Pour bien pouvoir juger l'influence de l'hérédité sans immixtion de l'infection précoce sous l'influence du milieu lépreux, on devrait éloigner des familles lépreuses les enfants encore sains, mesure recommandée par Arning, mais non encore mise en pratique.

Je dis donc: la transmission par Hérédité me paraît possible, quoique limitée.

Que deviennent, Messieurs, au milieu de ce mouvement les Non-Contagionistes?

Je vois que leur nombre diminue heureusement de jour en jour; les uns passent par des transactions sans vouloir reconnaître définitivement leur défaite; d'autres enfin acceptent la contagion par la conviction qu'ils ont pu se faire, déduite des faits recueillis ultérieurement; vous connaissez, j'en suis sûr, parmi ces derniers, des collaborateurs qui ont fini par collaborer en sens inverse de leur première manière: »nomina odiosa«.

A notre avis, la question de la Contagion de la Lèpre est définitivement jugée et il ne reste plus, à l'ordre du jour, que les conditions qui peuvent préparer, faciliter et précipiter cette Contagion. La Contagion a dû nous préoccuper dans cette étude, car nous sommes en relation continue d'Affaires avec l'Orient, l'Archipel et la Russie. Notre prophylaxie se limite actuellement à la simple surveillance, mais du moment où les foyers deviendront plus nombreux, l'autorité sanitaire de Roumanie ne peut pas, ne doit pas se

désintéresser absolumment de cette question, surtout depuis que le nombre des Lépreux, résidant en Europe, s'est beaucoup accru depuis quelques années.

Heureusement que les léproseries existent encore en Orient, avec leur caractère barbare, et malgré les médecins, et que les Hordes Cosaques sont loin de vouloir nous envahir de sitôt.

Le Royaume de Roumanie, Messieurs, existe, vit et il pourra, je l'espère, vous donner à l'avenir des preuves de sagesse en ce qui concerne l'application des Mesures prophylactiques dans les maladies contagieuses, préconisées par l'Occident civilisé.

Diagnostic de la Lépre. Ce chapitre n'aura pas en vue le diagnostic différentiel de la Lèpre avec les maladies de la peau en général; je suppose au contraire que le clinicien est très bien formé à cet égard, mais qu'il peut se trouver à même d'hésiter dans certains cas spéciaux difficiles et à leur début.

Je m'explique:

Les analogies, qui existent entre la lèpre anesthésique et la Syringomyélie, ont été souvent signalées dans ces dernières années. Ces deux maladies présentent en effet dans leur marche, leur évolution, leur symptomatologie, une telle similitude, qu'il était impossible de ne pas les rapprocher l'une de l'autre.

Je suis convaincu qu'on a passé sous silence beaucoup de Lépres anesthésiques méconnues et par contre, on a décrit beaucoup de cas de Syringo-myélie à formes frustres, anomales, qui n'étaient que des Lèpres tropho-névrotiques.

J'en ai recueilli de ce cas et je puis vous citer l'observation suivante qui paraissait une syringomyélie irrégulière, mais qui a été reconnue comme Lèpre par le moyen que j'aurai l'honneur de vous indiquer.

Il s'agissait d'un homme, fort, robuste, bien portant, sans antécédents lépreux héréditaires; sans précédents contagieux de cette nature; sans troubles trophiques; sans éruptions, ni tubercules sur les surfaces cutanées ou muqueuses; sans atrophies ou parésies musculaires.

Cet homme présentait des plaques anesthésiques et analgésiques; des troubles de la sensibilité à la température et aux courants électriques seulement.

Nous pourrions citer des cas de Lèpre à début latent ou bien, sous l'aspect clinique d'une syringomyélie, forme Morvan, qui nous auraient mis dans l'impossibilité de faire un diagnostic précis sans notre moyen; et je suis heureux de voir un de mes élèves, Mr. le

Docteur Critzman, rapporter des faits qui pourraient vous convaincre des difficultés d'un diagnostic différentiel, presque impossible dans certains de ces cas (Essai sur la Syringomyélie — Dr. Critzmann — Steinheil 1892).

Les signes cliniques, j'en conviens, qui permettent le plus souvent de faire le diagnostic de la Syringo myélie et de la Lèpre anesthésique sont les suivants:

*A.* En faveur de la Syringo-myélie.

La dissociation des troubles sensitifs.
L'Intégrité des muscles superficiels de la face.
L'absence de taches sur la peau.
L'intégrité du système pileux.
La déviation de la colonne vertébrale;

*B.* En faveur de la Lèpre:

L'abolition de la sensibilité tactile.
L'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face.
L'épaississement des nerfs avec renflements nodulaires.
La présence de taches sur le corps, surtout si celles-ci sont insensibles.
La résorption spontanée des phalanges.
Les altérations excessives des ongles.
La chûte complète ou partielle des poils.

Ce tableau de diagnostic différentiel, très vrai, très complet, indiqué par le Dr. Maréstang (médecin de 1e classe de la marine; »Revue de médecine« du 10 Sept. 1891), pourrait servir dans les cas réguliers ordinaires.

Mais dans certains cas de Syringomyélie, à forme Morvan, quand syrtout il n'existe pas de dissociation de la sensibilité, dans certaines autres Syringomyélies à début latent, dans nos observations même que d'ècarts, que d'irrégularités dans les troubles de la sensibilité, que d'absence dans les autres manifestations de nos lépreux!

Il n'est pas étonnant qu'en face de faits anormaux, on reste dans le doute, quelle que soit l'expérience que chacun de nous puisse avoir en clinique relativement à ces maladies.

Dans une communication au Congrès dermatologique de Paris, je vous ai indiqué, sans y insister toutefois, le moyen de faire le diagnostic différentiel dans ces cas douteux, incertains; et j'y reviens aujourd'hui, d'autant plus volontiers, que ce moyen, simple et pratique, m'a permis de sortir d'embarras et de préciser mon dia-

gnostic, sans recourir à la Syringomyélie hybride et par suite à une erreur regrettable de diagnostic.

Ce moyen consiste dans l'application, dans les cas douteux, d'un vésicatoire sur la surface cutanée et dans la recherche bactériologique du bacille de la Lèpre, le $3^{\text{ème}}$ ou le $4^{\text{ème}}$ jour après son application, et au moment où la suppuration commence à se faire. Dans plus d'un cas difficile, j'ai eu le bonheur de préciser le diagnostic et de m'éviter une erreur excusable mais regrettable, quand on a surtout l'habitude de reconnaître les cas de Lèpre.

Ce moyen, souvent mis en pratique, presque sur tous nos lépreux, sur la peau en apparence saine et en dehors de tubercules ou d'altérations tropho-névrotiques, par mon chef de clinique le Docteur Lucas, est un moyen de diagnostic presque certain et vous pourrez le vérifier à votre tour. Je suis sûr que vous vous sentirez heureux de vous tirer d'embarras dans les cas de diagnostic différentiel impossible à faire, entre une Lèpre anesthésique et une Syringomyélie latente ou irrégulière.

A la fin de ce Mémoire je me réserve le droit de faire mes réflexions en ce qui concerne le Mémoire très intéressant de M. le Dr. Zambaco, communiqué à l'Académie de Médecine de Paris dans la Séance du 23 Août 1892.

Traitement: Il serait oiseux d'insister trop longtemps sur ce point; toutefois, je dois dire que j'ai employé tous les moyens thérapeutiques connus et cela avec des résultats relatifs d'amélioration seulement, jamais de guérison. J'en demande pardon aux enthousiastes pour l'huile de chaulmoogra, l'ichthyol etc., je ne mets nullement en doute leurs résultats, mais quant à moi, je n'ai pu obtenir que des améliorations temporaires.

Aussi en face de cet insuccès, je me suis adressé à un produit, qui est un produit de notre sol, pays éminemment pétrolifère. J'ai employé le pétrole brut en capsule, 4 à 6 par jour, 1 gramme à 1.25; je me suis servi de pommade au $10^{e}$, au $20^{e}$ et je puis affirmer que mes résultats ont été aussi encourageants que ceux des autres cliniciens qui ont suivi un autre traitement. Je ne changerai plus de traitement dans la lèpre avant qu'on ne m'en ait indiqué un meilleur; notre traitement est peu coûteux, à la portée de tout le monde et peut être facilement employé dans nos communes rurales où il y a des cas de Lèpre, surtout avec l'organisation sanitaire dont est doté notre pays.

Je vous citerai en particulier le cas d'une Lèpre tropho-névrotique qui figure dans cet album: Mme. Par. . . . . . a été traitée par

les capsules à l'huile de Gabian, de Paris, pendant une année entière. Cette dame présentait des troubles variés de la sensibilité; des éruptions tropho-névrotiques multiples, et de temps en temps, il lui survenait des altérations des phalanges des orteils au point que mon ami, le Professeur Assaky, ent recours à l'amputation d'un orteil.

Depuis l'emploi de ce moyen thérapeutique, une amélioration très grande est survenue dans son état; les troubles de la sensibilité ont presque disparu, les éruptions variées se sont, en grande partie effacées, enfin les amputations spontanées se sont arrêtées. Je vous conseille ce traitement surtout dans les cas de Lèpre anesthésique.

Je dois, pour terminer, vous parler d'un moyen thérapeutique qui avait enthousiasmé l'humanité entière: les injections avec la Lymphe de Koch. Je suis, Messieurs, d'autant moins suspect que jamais je ne l'ai employée dans la Tuberculose. Je me suis tenu à l'écart, sans partager l'enthousiasme des uns, ni le mépris des autres; je crois que la méthode trouvée, le procédé doit être modifié.

Nous avons employé ce traitement dans la lèpre, par la raison qu'elle est très voisine de la tuberculose. Nous avons consigné ce travail, fait en commun avec Mr. le Professeur Babès, dans les journaux de Berlin »Deutsche medicinische Wochenschrift« — 1891), et dans la »Revue de Médecine« 1890); il est inutile d'insister sur nos conclusions qui sont consignées dans ce mémoire, je ne retiens ici que la conclusion relative au traitement.

»Après trois mois de traitement on observe, chez la plupart des personnes traitées une modification sensible de l'état local, surtout dans un cas de lèpre nerveuse où l'on pourrait constater une amélioration évidente. L'état général paraît dans tous les cas favorablement modifié, en général la modification locale est proportionnée à l'intensité de la réaction locale. Cet état d'amélioration, je [illegible] n'a été que passager et de nouvelles poussées ont [illegible] après la cessation du traitement.«

Prophylaxie. La contagiosité de la lèpre existe suivant nous; [illegible] est incontestable et [illegible] médiate qu'immédiate. La prophylaxie consiste donc [illegible] sous forme d'isolement; mais dans quelles conditions [illegible] mises?

Au [illegible] des chefs des [illegible] nous voyons l'isolement [illegible] en Norvège l'isole-

ment se fait d'une manière relative et humaine et paraît donner journellement de bons résultats par la diminution des Lépreux.

Aux Iles Hawaï (Prince A. Morrow. »Jour. of cut. and gen. urin. dis.«, Mai 1889) où l'on compte des lépreux, dans les proportions de 5 p. 100 de la population totale, le gouvernement a pris des mesures énergiques.

Dès 1865, il organisa, à grands frais, à Kalowaï, dans l'île de Molokaï, une vaste résidence destinée aux lépreux, du moment qu'un habitant est soupçonné lépreux, il est envoyé à Honolulu, dans un hôpital intermédiaire, là, il est examiné par une commission de médecins: il est envoyé à la Léproserie, s'il est lépreux, gardé en observation, s'il est douteux.

Des mesures extrêmes sont permises en face d'un danger imminent, mais, chez nous, en Europe, nos conditions sociales et humanitaires sont tellement différentes, qu'il faut mettre les moyens prophylactiques, et les nécessités de la santé publique en harmonie avec les sentiments d'humanité qui font la gloire la plus pure de notre époque (E. Besniers et A. Doyon p. 544).

En Roumanie, Messieurs, la prophylaxie commence à se faire et l'isolément est compris avec tout son côté humain.

Dans notre organisation sanitaire, nous avons prévu, dans les arrondissements surtout, des Hôpitaux dits Ruraux suivant le type et le plan que j'ai l'honneur de vous présenter ici. Outre les salles communes pour les maladies ordinaires, on a prévu des salles d'isolément pour les maladies contagieuses, et la lèpre en particulier, si besoin se fait sentir.

Dans ces conditions, nos lépreux ont un isolément relatif, leur nombre finira, petit à petit, par décroître et c'est ainsi que nous aurons mérité, Messieurs, de la Sympathie de l'Europe civilisée.

Je suis sûr que ce moyen deviendra très pratique, en face surtout de nos cas heureusement encore peu nombreux.

Un mot avant de finir.

J'ai l'honneur de vous présenter 3 volumes d'aquarelles de lépreux; ils se complètent de jour en jour, et vous trouverez, pour votre conviction:

1° Les cas variés de Lèpre.

2° Les formes cliniques, tuberculeuses, tropho-névrotiques et mixtes.

3° Des tracés dermographiques dans la lèpre

4° Les résultats du traitement par la Lymphe de Koch avec les photographies et les tracés thermiques etc.

Je termine, Messieurs, en vous remerciant pour votre sympathique accueil.

Pièces justificatives.

Monsieur le docteur Zambaco, de Constantinople, a communiqué à l'académie de médecine de Paris un mémoire sur les lépreux en Bretagne (séance du 23 août 1892).

Ce mémoire, très-rémarquable du reste, et qui a plus d'un rapport avec le nôtre, tend à prouver: 1° que la lèpre en Bretagne, par son atténuation, par l'indécision de son caractère, a donné faussement naissance à l'entêtée »maladie de Morvan« qui ne serait qu'un type parfait de la lèpre mutilante, arrêtée dans son évolution.

2° Qu'on a commis de nombreuses erreurs de diagnostic, beaucoup de cas de syringo-myélies frustres, lentes, irrégulières, même celles à type Morvan, ne devant être considérées que comme des lèpres méconnues.

Ces conclusions, basées sur de simples observations cliniques, me paraissent précipitées. Il ne faut pas augmenter les malentendus. Je suis de l'avis de Mr. Zambaco quant aux eurreurs commises, mais je ne puis admettre les faits produits qu'après vérification bactériologique et le moyen par le vésicatoire est une ressource pratique et à la portée de tout le monde.

La bactériologie est la seule voie qui puisse nous permettre de sortir des incertitudes, des lèpres atténuées, non évoluées, etc. Ces idées, très-originales dans leur développement, me paraissent trop dangereuses dans leur affirmation précipitée, car elles tendraient à nous lancer de nouveau dans l'inconnu et dans des discussions oisives.

Pour me résumer j'admets:

1° Que des cas de lèpre ont été méconnus; que leur nombre doit être plus considérable, qu'il m'a été indiqué, tant en France que dans les autres pays.

2° Qu'il doit exister, en France et ailleurs, d'autres foyers que ceux déjà signalés.

3° Qu'on a pu décrire maladies de Morvan, qui n'étaient que des lèpres mutilantes.



4° Qu'en tout cas on ne doit avancer une pareille affirmation qu'après l'emploi du vésicatoire qui peut à lui seule résoudre la question bactériologiquement.

5° Le même moyen devrait servir dans les cas d'Ainhums, car si on pouvait trouver le bacille lépreux dans cette affection, sa nature serait définitivement reconnue, et par cela même l'idée de l'hérédité déviendrait un fait certain, car cette maladie ne serait qu'une lèpre congénitale, sans exclusion toutefois de l'étiologie contagion.

Les conclusions du mémoire de Mr. Zambaco tendraient à lui donner raison, même au point de vue de l'hérédité; je trouve que même à cet égard, son affirmation est précipitée, car les faits cliniques n'ont pas été vérifiés bactériologiquement.

6° Je suis porté à croire que, de même qu'on a des syringomyélies classiques ou frustres sans dissociation de la sensibilité d'autres lentes, irrégulières, hémiplégiques, à type Morvan etc., et non lépreuses, de même j'espère pouvoir confirmer anatomo-pathologiquement, l'existence de certaines lèpres à forme de syringomyélie, avec des localisations médullaires spécifiques, bacillaires.

J'ai trouvé des bacilles dans le système nerveux cérébral et médullaire; toutefois nos pièces ne paraissent pas assez nettes histologiquement pour justifier actuellement cette dernière affirmation.

Nous aurions alors 19 des syringomyélies spécifiques, lépreuses; 22 des syringomyélies ordinaires non bacillaires.

## Notices justificatives.

Ce travail, fait par mon interne, Mr. Manicatidi, comprend:

1° L'étiologie.

Les malades, qui ont passé par notre service, sont au nombre de 44; ils peuvent être classés étiologiquement en 3 groupes;

α) avec hérédité évidente;

β) avec contagion évidente;

γ) avec absence de cause d'hérédité.

Le premier groupe comprend 3 cas, dont les mères étaient lépreuses au moment de la naissance de leurs enfants, devenus plus tard lépreux; ces trois cas ne sont-ils pas suspects quant à l'hérédité et ne pourrait-on pas ici même invoquer la contagion? Le deuxième groupe comprend 16 malades chez lesquels on ne

trouve ni les parents, ni des ascendants lépreux, mais qui ont été en contact avec d'autres lépreux qui les ont à la longue contagionnés.

Le troisième groupe comprend 12 malades, sans antécédents héréditaires, sans ascendants lépreux, mais chez lesquels on n'a pas pu trouver avec certitude le contact avec des lépreux; la contagion a pu se faire sans que des lépreux aient attiré l'attention de nos malades, qui ne peuvent du reste ne nous rien affirmer de positif à cet égard.

Enfin un dernier groupe de 13 cas, qui reste indéterminé quant à l'étiologie; nous n'avons rien trouver de certain quant à l'hérédité ou à la contagion.

2° Traitement. Le traitement employé dans nos cas de lèpre a été varié; nous avons préscrit: le sublimé corrosif intus et extra le traitement d'Unna par l'ichthyol; le traitement de Péters; l'huile de chaulmoogra, l'huile de Gabian de France, enfin le pétrole brut de Roumanie source Montéoru; en applications externes nous nous sommes servis, outre le pétrole, le sublimé, l'ichthyol; de l'aristole avec la vaséline au 5^e^.

Nous diviserons le traitement d'après la série des cas et les résultats obtenus.

1° Sublimé corrosif: Administré dans deux cas de lèpre tuberculeuse en pilules depuis 1 à 6 milligrammes progressivement et en applications externes (solution au Millième) sur les tubercules et les ulcérations, les améliorations ont été très-manifestes, dans l'un des cas au bout d'un mois, dans l'autre au bout de deux mois de ce traitement; nous trouvons indiqué dans les observations que les ulcérations se cicatrisaient, les tubercules s'affaissaient et la sensibilité réparaissait sur les parties anésthésiées. Je dois dire que chez le premier malade une erysipèle a complété les éffets du traitement. (Voir la thèse de mon élève, Dr. Pacuraru, observations 3° et 4°, [pages] 88 et 92.)

2° L'ichthyol; il a été administré en pilules de 5 centigrammes à concurrence de 0·50 à 1 gramm par jour et extérieurement [po]mmade au 10^e^.

Nous avons employé ce traitement sur 9 malades, dont six à [lèpre] tuberculeuse, deux à lèpre mixte, un à lèpre tropho-névro-[tique].

[R]ésultats: Légères améliorations: l'état général meilleur; la [cicatrisa]tion de quelques ulcérations; la disposition de quelques tu-

berculeuses, néanmoins nous avons dû suspendre le traitement à cause de l'état gastrique et de l'irritation locale.

Je dois ajouter que, dans aucun de ces cas nous n'avons vu survenir des modifications en bien de la sensibilité altérée.

Traitement de Péters. L'administration de l'huile de chaulmoogra à l'intérieur et de l'huile d'Acajou à l'extérieur a été faite sur deux malades pendant deux mois et demi; nous avons donné jusqu'à 5 grammes d'huile de chaulmoogra par jour sans aucune irritation du tube digestif.

Je reconnais que les améliorations ont été très-sensibles.

Un ulcère perforant s'est presque cicatrisé; des infiltrations lépreuses ont disparu dans certaines parties du corps; et pendant la durée du traitement n'ont pas paru de nouveaux tubercules.

Je dois ajouter toutefois qu'un érysipèle intercurrant a été un complément heureux dans ce traitement.

Traitement par le pétrole brut de Montéoru: Le pétrole brut a été employé en capsules de 1 gramm; les doses maximes ont été de 4 grammes par jour et à l'extérieur nous avons employé les pommades à 10[e].

Ce traitement administré à 24 malades (18 à lèpre tuberculeuse, 4 à lèpre mixte et 2 à lèpre tropho-névrotique) a donné des résultats très-marqués: la cicatrisation des ulcérations, la décroissance de l'inflammation et de l'infiltration lépreuse; la diminution de l'infection péri-tuberculeuse, l'amélioration de l'état général et dans quelques cas la disparition de la fièvre hectique; enfin l'arrêt dans l'apparition de nouveaux tubercules et la disparition de l'insensibilité dans les parties anésthésiées; ce changement rémarquable dans l'état de nos malades me force à l'avenir de n'avoir recours qu'à ce seul traitement, qui est peu couteux et à la portée de la classe pauvre.

---

Herr Neumann (Wien):

## Lepra in Bosnien.

Im Jahre 1890 von Sr. Excellenz dem Herrn Minister v. Kallay mit der Aufgabe betraut, Bosnien und die Herzegowina behufs Studiums der dortselbst vorkommenden Hautaffectionen und Namhaftmachung der zu ihrer Bekämpfung einzuleitenden Massregeln zu bereisen, widmete ich mich derselben und suchte selbst die entlegensten Krankheitsherde auf. Ich begegnete hier in der That zahlreichen, theilweise seltenen Hautaffectionen; was aber in ganz besonderem Masse mein Interesse erregte, war die Lepra, deren Vorkommen in diesem Lande bisher völlig unbekannt gewesen.

Es war im Kreise Dolnja Tuzla, wo sich mir zuerst ein solcher Fall zur Beobachtung darbot. Derselbe betraf einen 20 Jahre alten mohammedanischen Hirten, geboren aus dem Orte Gruicic, Gm. Osatica und zeigte die charakteristischen Symptome der Lepra tuberosa: jene eigenthümliche Entstellung des Gesichtes, die schiefergraue Verfärbung, Verdickung und Wulstung der Augenbrauenbogen, nebst Knotenbildung hier und an anderen Stellen der allgemeinen Decke. Anamnestisch erfuhr ich, dass die Erkrankung seit 5 Jahren bestehe und in der Familie keine derartige Affection vorgekommen sei, sowie dass der Kranke niemals sein Heimatsdorf verlassen habe. Seine Nahrung bestand ausser Hammelfleisch in der bekannten vegetabilischen Kost dieser Gegenden.

Im weiteren Verlaufe meiner Reise war ich bald in der Lage, noch mehr Fälle zu sammeln, und verfüge ich über neun ausführliche Krankengeschichten, die hier in extenso mitzutheilen zu weit führen dürfte; auch sie gehörten der tuberösen Form an, während von reiner Lepra nervorum kein einziger Fall zur Beobachtung kam. Die bisher constatirten Fälle kamen vor in den Kreisen Dolnja Tuzla, Sarajevo, Travnik und Mostar, resp. den Bezirken Srebrenica, Visoko, Travnik, Ljibuski, Bugoyno und Zvornik. Der Confession nach waren es acht Mohammedaner und ein Christ, durchaus in jugendlichem Alter stehend. Es unterliegt keinem Zweifel, dass es gelingen wird, noch eine weit grössere Zahl von der in Rede stehenden Krankheit ausfindig zu machen, zumal die Aerzte Bosniens diesem Vorkommnisse reges Interesse entgegenbringen. Freilich bilden, wie bereits erwähnt, das Hauptcontingent offenbar die

Mohammedaner, die bekanntermassen recht selten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, von deren Frauen zu geschweigen, die ja der ärztlichen Untersuchung überhaupt unzugänglich sind.

Bezüglich der Aetiologie dürfte hier wie allerorts die Heredität eine grosse Rolle spielen; was die Contagiosität betrifft, so war auch hier nichts Sicheres zu ermitteln. Ein begünstigendes Moment für die Verbreitung der Krankheit geben ohne Zweifel schlechte äussere Verhältnisse, Schmutz und Elend ab. Dass keinesfalls bestimmte Nahrungsmittel, z. B. der Fischgenuss, für die Entstehung der Krankheit verantwortlich zu machen sind, zeigte sich hier aufs deutlichste. Einmal war eine Anzahl unserer Kranken überhaupt nicht an einem der grösseren Wasserläufe wohnhaft, und ausserdem wird die Fischerei in Bosnien so gut wie gar nicht betrieben, so dass selbst besser Situirte so gut wie gar nie Fische zu geniessen pflegen. Die Nahrung der Leute besteht bei der ärmeren Volksclasse also in den überwiegend meisten Fällen in Brot, das aus Sisak, einer Art Moorhirse, bereitet wird. Die besser Situirten bedienen sich hiefür des Ginster- oder Maismehles, hie und da trifft man auch Weizenbrot an. Im übrigen werden Hülsenfrüchte, Hammelfleisch und Milch genossen.

Die Wohnungsverhältnisse sind in sehr vielen Fällen höchst mangelhaft, oft sehr primitiv. In engen, aus Lehmziegeln erbauten, strohgedeckten Hütten sind die Insassen zusammengepfercht. Besser sind die Verhältnisse bei der christlichen Bevölkerung, die sich demgemäss auch durch kräftigeren Körperbau auszeichnet. Diese Beobachtungen stimmen also mit unseren Angaben, dass die Erkrankung in weitaus grösster Häufigkeit bei den Mohammedanern anzutreffen ist.

Es drängt sich nun die Frage auf, auf welche Weise die Lepra in das Land gebracht wurde. Wenn wir uns in der Landesgeschichte ein wenig orientiren, so ist vor allem ein vielfacher Wechsel der jeweilig das Land innehabenden Volksstämme zu verzeichnen. Die ursprüngliche Bevölkerung Bosniens ist illyrischen Stammes und dürfte den heutigen Albanesen ethnologisch nahe stehen. Im Jahre 33 v. Chr. unterwarfen sich die Römer das Land ihrer Herschaft und waren in der Folgezeit durch unaufhörliche Aufstände zu oftmaligem kriegerischen Einschreiten genöthigt. Jedoch verblieb das Land als ein Theil der Provinz Illyricum unter ihrer Botmässigkeit und erst die Stürme der Völkerwanderung brachten ihm für eine Zeit in gothischen und avarischen Volksstämmen neue Gebieter. Erst im 7. Jahrhundert kamen die Serbokroaten, die heutigen

Bewohner Bosniens, gründeten in der Folge mehrere Fürstenthümer, die 1376 vom Ban Tvartko zu einem Königreiche vereinigt wurden, nachdem das Land vorübergehend der ungarischen Krone unterthan gewesen. Ins 14. Jahrhundert fällt aber die Invasion der Türken, die nach dem Falle von Constantinopel sich das Land vollends unterwarfen. Viele Landesbewohner traten zum Islam über und vermischten sich mit den Eroberern.

Der Erfahrung entsprechend, dass die Lepra, wie dies von Leloir betont worden, bei ihrer Ausbreitung den Kriegs- und Handelswegen der Völker gefolgt sei, so hätte mit Rücksicht auf die obige geschichtliche Darlegung allerdings die Annahme einer Einschleppung seitens der Türken viel Verlockendes, zumal die Lepra in Vorderasien und der Türkei nicht selten anzutreffen ist und auch, wie wir gesehen haben, das mohammedanische Element vorwiegend von der Krankheit heimgesucht ist. Indess dürfte es sich dennoch anders verhalten.

Abgesehen von der schon erwähnten Verschiebung der confessionellen Verhältnisse des Landes, sprechen wohl auch unsere Erfahrungen über die Ausbreitung der Lepra in Europa überhaupt dagegen. Bereits zu einer Zeit, da von den Eroberungszügen der mohammedanischen Stämme noch lange keine Rede war, finden wir allenthalben in Südeuropa die Lepra verbreitet. Griechenland und die hellenischen Inseln scheinen die Einbruchspforte für sie gebildet zu haben, woselbst sie mindestens schon im letzten Jahrhundert der vorchristlichen Zeitrechnung bekannt gewesen. Ihr Einzug in Italien erfolgte wenig später mit der Rückkehr des Pompejus aus Kleinasien. Zahlreiche Stellen bei Aretaeus, Galen, Oribasius u. A. bilden hiefür die Belege, ja aus dem erstgenannten ergibt sich sogar die Ausbreitung der Krankheit bis zu den Kelten innerhalb der ersten sechs Jahrhunderte nach Chr.

Unter diesen Umständen erscheint es durchaus nicht angezeigt, gerade für Bosnien, das ja römische Provinz gewesen und überdies im Mittelalter regen Verkehr mit der venetianischen Republik unterhielt, das mohammedanische Element der Einschleppung zu beschuldigen, wiewohl die Einwanderung desselben immerhin noch ein Uebriges dazu beigetragen haben mag. Die vorwiegende Betheiligung dieser Race resp. Confession steht mit unserer Annahme durchaus nicht im Widerspruch. Sie erklärt sich aus den schlechten sanitären Verhältnissen, unter denen diese Bevölkerungsclasse steht, aus der leichteren Zugänglichkeit für hereditäre und contagiöse Einflüsse.

Die hohe Regierung hat seit Bekanntwerden des Vorkommens der Lepra in Bosnien ihre ganze Aufmerksamkeit hierauf gerichtet und sind, falls die Krankheitsfälle sich mehren sollten, entsprechende Präventivmassnahmen, vor allem die Errichtung einer eigenen Lepra-anstalt in Aussicht genommen, während die bisher constatirten Fälle unter ärztlicher Behandlung und Controle stehen. Jedenfalls hat die Leprafrage, zu deren Studium noch vor wenigen Jahren weite Reisen unternommen werden mussten, hiemit eine Arbeitsstätte gewonnen, von der noch reiche wissenschaftliche Ausbeute zu erwarten steht.

---

Herr Campana (Genua):

## Ueber einen mit dem Leprabacillus identischen Mikroorganismus, der sich in Culturversuchen mit tuberculöser Lepra entwickelte.

(Mit zwei Tafeln.)

Bei den fast täglich von mir gemachten Culturversuchen mit dem Leprabacillus habe ich Resultate erlangt, die ich veröffentlichen zu müssen glaube, sowohl um Aufklärung und Erklärungen über den Gegenstand zu erhalten, als auch, um den Herren Collegen meine Versuche zur Kenntniss zu bringen.

Indem ich nach anaëroben Culturmethoden Culturversuche mit genanntem Bacillus machte, sah ich nämlich sehr charakteristische Colonien sich entwickeln, die keiner der mir bekannten Formen anaërober Culturen ähnlich sind.

Der Bacillus, der sich entwickelt hat, gleicht morphologisch und auch in der Anordnung ganz dem Leprabacillus.

Er bildet geradlinige oder etwas gekrümmte Stäbchen, die oft ein wenig kürzer sind als die Tuberkelbacillen und zwei oder drei hervorragende Pünktchen im Protoplasma haben, die sich bei Behandlung mit den gewöhnlichen Färbemitteln intensiver färben als das übrige Protoplasma des Bacillus. Sie nehmen keine Doppelfärbung an, wenn nach der Ehrlich'schen Methode behandelt, eine Färbung, die in der Färbung der leprösen Gewebe des menschlichen Organismus Vorzügliches leistet. (Taf. II, Fig. V, VI.)

Besagter Bacillus hat sich in sieben ausgeführten Culturserien auf Agar-Agar, vermischt mit Pepton, Bouillon und 3% Traubenzucker, entwickelt, dagegen in keinem flüssigen Nährmittel, obwohl

ich auch hier die Methode der anaëroben Cultur anwendete, d. h. in der Bouillon und in den betreffenden Röhren frei enthaltenen Sauerstoff durch Wasserstoff und Kohlensäure ersetzte.

Besagter Mikroorganismus fängt zwischen dem siebenten und neunten Tage an sich zu entwickeln, in der Form einer leichten linearen Trübung in der unteren Hälfte oder in den unteren zwei Dritteln des in einem gewöhnlichen Gläschen verschlossenen festen Nährbodens. Nach zwei oder drei Tagen wird die Trübung aus einer fadenförmigen zu einer etwas dichten und dickeren, und erscheint bei aufmerksamer Prüfung als aus lauter kleinen Knöspchen bestehend, die sich in Reihen anordnen, so dass sie mehrere schleimartige Schichten bilden, die um einige Millimeter und in schräger Richtung vom Centrum nach der Peripherie vorrücken. (Taf. I, Fig. I, II, III.)

Diese Cultur hat von der groben, morphologischen Seite kein Seitenstück in anderen Culturformen anaërober Bacillen, die das mikroskopische Aussehen des von uns beschriebenen Bacillus haben.

Wird die Dichtigkeit des Nährbodens des genannten Bacillus verändert, dann entwickelt er sich nicht in gruppenartigen Colonien, wie oben beschrieben, sondern es bilden sich zahlreiche Kügelchen, fast alle von der gleichen Grösse, nur dass dieselben zahlreicher und kleiner im oberen Theil, weniger zahlreich und grösser dagegen im unteren Theil des Gläschens sind.

Schmilzt man bei nicht hoher Temperatur die Masse des Culturbodens und schüttelt dann die flüssige Masse hin und her, dann werden die Keime, welche das schöne Bändchen einer ganzen Cultur dieses Mikroorganismus bilden, in der ganzen flüssigen Masse zerstreut.

Lässt man den Culturboden dann wieder erstarren und untersucht ihn nach einigen Tagen, so sieht man in demselben zerstreut zahlreiche gelbliche Kügelchen, einige gross wie ein Punkt, andere wie ein Hirsekorn, andere noch grösser. Lässt man die Cultur einige Monate am Leben, so gewahrt man unter diesen Kügelchen einige, die fast so gross sind wie ein Pfefferkorn, d. h. einen Durchmesser von 1—1$^{1}/_{2}$ Millimeter haben.

Diese Kügelchen sind vollkommen rund, und wenn man aus einem derselben ein mikroskopisches Präparat mittelst Zusammendrückens herstellt, sieht man, dass die die Colonie bildenden Bacillen hauptsächlich in Gruppen von parallelen Bacillenreihen vereinigt sind, welche Gruppen sich sodann strahlenförmig anordnen.

Die Anordnung des Parasiten in Kügelchen ist eine Folge davon, dass derselbe sich nach allen Richtungen hin vermehrt, so dass er, wenn er sich in einem Medium befindet, in welchem er nach keiner Richtung hin auf Widerstand stösst, sich in der Form einer Kugel entwickelt.

Auch die dünnen und zarten Schleier der Stichculturen stellen Myriaden von Kügelchen dar, welche, da es ihnen an Nahrung und Platz fehlt, sich nicht anders entwickeln können, als indem sie sozusagen eine compacte bandförmige Masse bilden.

Diese Kügelchen entwickeln sich besser dort, wo sie in weniger zahlreicher Menge sind, wie auf dem Boden eines Gläschens, und man kann sehr gut wahrnehmen, dass ihr Durchmesser im Verhältnis zur Tiefe, in der sie gelagert sind, und im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Zahl zunimmt.

Es scheint also, dass das dichte Zusammengedrängtsein der Keime mit dazu beiträgt, dass sie zu keiner bedeutenden Entwicklung gelangen. Der wenn auch geringe Druck, den ein Bacillus auf den andern, eine Colonie auf die andere ausübt, scheint die vollständige Entwicklung und ausserordentliche Vermehrung der parasitären Elemente zu erschweren.

Die Oberfläche eines jeden dieser Kügelchen ist glatt und regelmässig. Der Bacillus ist für Kaninchen, Hühner, Meerschweinchen, Schafe nicht pathogen.

Er erzeugt kein reizendes Product, wenn der Siedehitze, der Maceration unterworfen, sei es, dass man die lebenden oder todten Keime injicirt.

Darin ist sein Verhalten das gleiche wie das des Leprabacillus der menschlichen Gewebe.

## Erklärung der Figuren.

Taf. I, Fig. 3 (natürl. Grösse). Cultur in Agar-Agar etc. in natürl. Grösse. I. Dieselbe Cultur, Verdopplung der natürl. Grösse. II. Cultur in Agar-Agar (natürl. Grösse).

Fig. 5, 6. Mikroskop. Präparat der Cultur des Leprabacillus, 6. isolirte Bacillen (*a* Bacillen, *b* Sporenähnliche Knöspchen, *c* Bacillen mit kleiner Vergröserung am Kopf), 1, 3, 5 Bacillen in Colonien. Gefärbt mit Ziehl'scher Lösung. (Vergrösserung $3 + {}^{1}/_{12}$", Abbé'scher Appar., Mikrosk. Leitz.) Fig. 4 Bacillen, behandelt nach Ehrlichscher Methode.

## Discussion.

**Köbner** (Berlin). Meine Herren! Gestatten Sie mir nur einige Bemerkungen zu verschiedenen Punkten in den eben verlesenen Referaten.

Da muss ich zuerst die Annahme des Herrn Arning, dass speciell die Nervenlepra nur oder fast allein in Gegenden auftrete, in welchen die Lepra schon sehr alt eingesessen sei, hingegen die tuberöse, oder, wie ich sie genannt habe, die nodöse Form in Gegenden mit frisch importirtem Aussatz, als unrichtig bezeichnen auf Grund von Reisestudien an der italienischen Riviera und speciell im Ospedale S. Maurizio e Lazzaro in S. Remo.

Ich habe mich schon in früheren Jahren, wie ich in einer hierauf bezüglichen Arbeit im Arch. für Dermatologie und Syphilis 1875 erwähnte, überzeugt, welche enorm zerstörende Formen, merkwürdigerweise aber immer nur von Lepra tuberosa, in allen Organen des Körpers, aus einzelnen Seitenthälern der Seealpen in dieses Hospital kommen, und zugleich, dass aus ein und demselben Dorfe Insassen der ärmsten Classe davon ergriffen waren. Ich habe aber weder im Jahre 1875, noch 1892 auch nur einen einzigen Fall von Lepra nervorum s. maculoso-anaesthetica aus den Seitenthälern von San Remo bis Ventimiglia auffinden können, so dass ich dem 1875 mich dort führenden Anstaltsarzt, Dr. Aicardi, erst beschreiben musste, wie diese Form der Lepra aussieht. Es ist ganz zweifellos, dass gerade in den alten Heimstätten der Lepra die tuberöse Form merkwürdigerweise mit Vorliebe auftritt und in manchen dieser Gegenden die Lepra nervorum den angestellten Aerzten unbekannt ist.

Ferner möchte ich für die von Herrn Hutchinson betonte Nicht-Uebertragung der Lepra seitens einzelner importirter Fälle ein Beispiel anführen, betreffend einen Mann, athletisch gebaut, von kräftigster Gesundheit, der als Maschinenbauer aus Berlin nach Amerika ausgewandert war und, weil es ihm dort schlecht ging, nach Pernambuco in Brasilien übergesiedelt war. Zugleich ist dieser Fall lehrreich, weil er eine der Bedingungen zeigt, unter welchen ein gesunder Mensch imstande ist, Lepra zu acquiriren. Gerade an der Kenntnis der Bedingungen der Contagiosität fehlt es uns ja. Der Mann hatte sich in Pernambuco als Photograph etablirt, wo er Lepröse, welche dort aus einer auf einer Insel liegenden Leproserie ungenirt in der Stadt umhergingen, häufig

in seinem Atelier photographirte. Etwa 11 Jahre ertrug er diesen Verkehr ausgezeichnet ohne Schaden für seine Gesundheit. Da erlitt er eine schwere Divulsion einer alten, callösen Harnröhrenstrictur, die er seit Jahren hatte; er bekam wiederholt schwere Schüttelfröste unter dem Bilde der bekannten Fièvre urethrale grave infolge der Zerreissung seiner Strictur. Von dieser Zeit an litt seine Allgemeinernährung ausserordentlich, er konnte nach mehrwöchentlichem Bettliegen nur wenige Stunden des Tages photographiren, und das scheint gerade die Bedingung gewesen zu sein, die ihn receptiv machte für den Hansen'schen Leprabacillus, gegen den er Jahre lang resistent gewesen war. Denn einige Monate später bekam er die ersten Flecken auf seiner Haut, welche, beiläufig bemerkt, selbst in Pernambuco als Syphilis behandelt wurden, bis er nach Europa kam und mir durch die Güte von Prof. Hebra überwiesen wurde. Derselbe Mann, der lange Zeit (2 Jahre) unter meiner Beobachtung u. zw. die ersten $1^1/_2$ Jahre unter einer nützlichen Thrapie von salicylsaurem Natron lediglich die fleckig-anästhetische, zum Theil wieder sensibel gewordene Form aufwies, später aber — unter einer anderen Therapie, fern von mir — sehr zahlreiche, zum Theil ulcerirende Knoten auf Haut und Schleimhäuten, speciell am Palatum molle und im Larynx bekam, der als verheirateter Mann und Vater von vier Kindern sein Connubium fortsetzte, — der Mann hat, obwohl er diese Knotenausbrüche ein Jahr überlebte, niemals seiner Frau etwas mitgetheilt und noch bis jetzt, 10 Jahre seit dieser Beobachtung, ist keines seiner Familienmitglieder erkrankt. Aehnliches könnte ich von einem zweiten Falle berichten, gleichfalls einem aus den Tropen importirten Leprafall, der auch seine Familie vollkommen intact hinterlassen hat. Ich wollte hiemit nur das sagen: So gut wie wir alle, die wir Norwegen durchwandert haben, in Bezug auf die Lepraherde genau wissen, dass die Misère in allen Gestalten eine wesentliche Prädisposition bildet für das Auftreten der Lepra in gewissen Bezirken des Landes, so können wir hier in einem individuellen Falle den Zeitpunkt nachweisen, wann der Mann receptiv geworden ist für den Leprabacillus, gegen welchen er 11 Jahre immun zu sein schien.

Weiter will ich noch bemerken, dass ich gegen die Annahme unseres hochverehrten Collegen Hutchinson, bezüglich der Fischnahrung als Ursache der Lepra mich aussprechen muss. Sowohl bei meiner Studienreise 1863 in Norwegen, als auch später an der italienischen Riviera habe ich im Volke die Meinung vertreten gefunden, dass die Fischnahrung, welche die arme Bevölkerung dort

nahezu umsonst hat, eine Ursache der Lepra bilde, und diese Theorie, die in der geographischen Verbreitung der Lepra längs verschiedener Littorale eine Stütze zu finden scheint, hat mich veranlasst, im Jahre 1882, wo ich auf Repräsentanten sämmtlicher Wirbelthiere, vom Affen bis zum Frosch, die Lepra von jenem aus Brasilien importirten Fall impfte, mein Augenmerk ganz besonders auf die Fische zu richten, indem ich mir sagte, dass, wenn überhaupt die Fischtheorie nach der in so verschiedenen Ländern verbreiteten Annahme, wie sie auch Hutchinson so warm auf unserem internationalen Congress in Berlin verfochten hat, richtig ist, ich Fische als Impfthiere benützen müsste. Ich berieth daher mit Robert Koch, 1882, welche Fischarten ich am besten auswählen könnte. Es war aber sehr schwer, oder vorläufig noch unmöglich, ein halbes Jahr oder länger Seefische in Berlin so isolirt, wie es Impfthiere sein müssen, am Leben zu erhalten. Ich impfte deshalb zuerst auf den Aal (Anguilla vulgaris), der zu Zeiten aus dem Süsswasser ins Meer hinausschwimmt und wieder zurückkehrt, und dann den Schlammpeizger (Cobitis fossilis). Die Leprastückchen, die ich den Aalen einimpfte, haben aber den Weg des völligen Zerfalles der Bacillen genommen und conservirten sich bei weitem nicht so lange wie die Stücke lepröser Knötchen, die ich Kaninchen in die vordere Augenkammer brachte. Die Fische haben mich zwar überrascht, indem sie nach einigen Wochen grauweisse Flecken auf der Haut bekamen, die mich anfangs schon glauben liessen, dass der Fisch receptiv sei; es war dies jedoch eine eigenthümliche Pilzkrankheit, wie ich sie als eine echte Bakterienkrankheit sehr zerstörender Art bei einer Durchmusterung sämmtlicher Fischbehälter im Berliner Aquarium auch bei anderen Arten von Fischen, bei Dorschen, bei Labrus- und Congerspecies, auch als eine Ulceration der Haut, der Flossen, ja sogar Nekrosen des Kiefers und der Orbita zahlreicher Fische, welche niemals mit dem Leprabacillus geimpft worden waren, erzeugende Infection mit ganz anderen Bacillen gefunden habe.

Ich erlaube mir, auf meine betreffende Arbeit in Virchow's Archiv 1882 zu verweisen. Der Fisch ist auch seitdem von niemandem bis jetzt als ein receptives Thier für den Leprabacillus nachgewiesen worden. Solange werden wir also der Fischhypothese nur die Bedeutung einer Fable convenue beilegen können. Im Streite der Contagionisten und der Gegner derselben fehlt es uns wesentlich noch an der Kenntnis der physiologischen Bedingungen, wann im Augenblick der Organismus receptiv wird für den Leprabacillus.

In Bezug auf die Therapie möchte ich nur noch vor solchen Mitteln warnen, durch welche, wenngleich sie rein theoretisch postulirt zu sein scheinen, der Organismus des Leprösen schwer beeinflusst wird, entweder durch schädliche Wirkung auf die Magen-Darmschleimhaut oder auf die Nierenepithelien. Zu diesen Mitteln, welche die Lebensdauer des Leprösen abkürzen, gehört das Kreosot, welches von Langhans in Virchow's Archiv (in Pillenform) als wunderbares Mittel gegen Lepra empfohlen worden ist. Ich muss aber sagen, dass einer meiner Leprösen unter dieser Behandlung sehr frühzeitig Albuminurie und Hämaturie bekam, und dass sich die Knotenlepra sichtlich ausdehnte. Und endlich noch eine Mahnung an Sie alle:

Meine Herren! Wir haben leider noch kein einziges sicheres Mittel gegen die Lepra. Constitutionell einwirken können wir nicht, aber wir können die Leprösen ausserordentlich erleichtern und sie hie und da auch vor manchen Verstümmelungen bewahren durch örtliche Behandlung. Zu diesen Verstümmelungen aber, welche auch mein damals so sorgfältig beobachteter Deutsch-Brasilianer gefürchtet hat, gehört der Verlust der Nase. Und Eines wird da in der Praxis gewöhnlich vernachlässigt: Zu selten wird bei Leprösen — gerade so wie bei Lupuskranken — das Speculum nasi eingeführt. In dem angeführten Falle fand ich eine erbsengrosse Schleimhautulceration auf dem Septum cartilagineum, von welcher ich ihn durch vorsichtige Aetzung mit meinem Chlorzinkstift befreite, so dass er bis zu seinem Tode wenigstens die Form der Nase intact behalten hat.

---



## ZWEITER TAG. — DIENSTAG 6. SEPTEMBER 1892.

### III. Sitzung.

1. **Ueber die Spätformen der Syphilis.** Von Prof. Dr. Neumann.
2. **Les différentes formes de syphilis infantile.** Von Prof. Gr. Romniceano.
3. **Ueber Herzsyphilis.** Von Dr. Mraček.

Discussion: Hardy, Romniceano, Hardy, Romniceano, Feulard, Hardy, Neisser, Schwimmer, Lang, Finger, Lewin, Lang, Lewin, Neisser, Romniceano, Hutchinson, Neumann.

### IV. Sitzung.

1. **Pflanzenparasiten.** Von Prof. Lewin.
2. **Ueber lymphatische Neubildungen der Haut, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte.** Von Prof. Dr. R. Paltauf.
3. **Ueber Leucaemia cutis.** Von Doc. Riehl.
4. **Sur les érythrodermies du Mycosis fongoïde.** Von Ernest Besnier und H. Hallopeau.
5. **Ueber Erytheme und Mikroorganismen bei Mykosis fungoides.** Von Professor Breda.
6. **Mykosis fongoides d'emblée.** Von Doc. Riehl.

   Discussion: v. Hoorn, Köbner.
7. **Du prurigo de Hebra.** Von E. Vidal.

   Discussion: Gaucher.



## *III. Sitzung. — 9 Uhr Vormittags.*

**Vorsitzender: Jonathan Hutchinson.**

Herr Neumann (Wien):

### Ueber die Spätformen der Syphilis.

Die Pathogenese der tertiären Syphilis bildet seit Langem eine der wichtigsten Fragen in der Syphilidologie, ohne dass es bisher gelungen wäre, in allen Details derselben Klarheit zu erlangen. Schon die Thatsache allein, dass dieselbe fast auf allen Fachcongressen einen der aufgestellten Programmpunkte bildet, zeigt, welches Interesse derselben von fachmännischer Seite entgegengebracht wird. Namentlich sind die neuen Gesichtspunkte in der Auffassung der Infectionskrankheiten auch auf die theoretischen Anschauungen der Aetiologie der tertiären Syphilis nicht ohne Einfluss geblieben. Alle Fachgenossen sind derzeit darin einig, dass äussere Bedingungen, so Noth und Entbehrungen, schlechte Wohnung, ungünstige klimatische Verhältnisse, gleichwie ungenügende oder schlecht durchgeführte Behandlung, die Entstehung der tertiären Syphilis begünstigen, ebenso das Vorhandensein constitutioneller Erkrankungen, wie Tuberculose, Malaria, Scorbut und Diabetes, ferner Morbus Brightii, chronischer Alkoholismus etc. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Manifestationen der tertiären Syphilis im Sinne Virchow's für einzelne Fälle als Metastasen aufzufassen sind, aber schon die klinische Beobachtung, dass die Syphilis in jedem Zeitpunkte zu inficiren und auf die Nachkommenschaft überzugehen vermag, gleichwie anatomische Untersuchungen haben festgestellt, dass pathologische Veränderungen in den Geweben, welche aus dem recenten Stadium zurückgeblieben, zur Entstehung der tertiären Syphilis führen. Die durch die Syphilis gesetzten Veränderungen sind eben nicht ephemeren Charakters und es bedarf zur Resorption dieser Krankheits-

producte oft unverhältnissmässig langer Zeitabschnitte. So kommt es auch, dass die Syphilis in späteren Stadien sich häufig an den Stellen localisirt, woselbst im recenten Stadium Efflorescenzen gesessen.

Haslund, Leloir und Andere sahen cutane Gummata sich dort entwickeln, woselbst im secundären Stadium recidivirende Papeln vorhanden gewesen. Speciell nach meinen an excidirten Tonsillen und Gaumenbögen angestellten Untersuchungen ist es zweifellos, dass die tertiäre Syphilis in der Regel locale Herde darstellt, als Ueberbleibsel von aus dem recenten Stadium stammenden Zellproliferationen. Ohne Zweifel handelt es sich hiebei auch um chemische Gewebsalterationen, die auf den Lebensprocess der specifischen Erreger zurückzuführen sind, auf die Stoffwechselproducte der Bakterien oder die Ptomaïne im Sinne von Selmi, L. Brieger und Finger. Untersuchungen des Blutes, wie sie seit längerer Zeit von Dr. Konried und Dr. Rille auf meiner Klinik angestellt werden, haben vorläufig noch zu keinem greifbaren Resultate in dieser Richtung geführt. So viel ist sicher, dass der Blutbefund im tertiären Stadium dem der Secundärperiode ziemlich nahe kommt: constant ist der oft sehr herabgesetzte Hämoglobingehalt, weniger auffallend, aber thatsächlich vorhanden ist Verminderung der rothen, Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Erhebliche Grade erreichen diese Alterationen bei der sog. perniciösen Anämie der Syphilitiker.

Nach diesen mehr theoretischen Darlegungen will ich einige statistische Daten vorführen, die aus dem grossen Materiale meiner Klinik gewonnen wurden.

Von 9742 auf meiner Klinik behandelten Syphilisfällen waren 665 tertiär, d. i. 6·82 %. Die Zeit des Auftretens der tertiären Symptome war sehr verschieden, in einigen Fällen verstrichen 20, 30, 40 Jahre und darüber seit der Infection. So erfolgte dasselbe

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| im | 1. Jahre | nach | der | Infection | in | 32 | Fällen |
| » | 2.—10. | » | » | » | » | 221 | » |
| » | 11.—20. | » | » | » | » | 87 | » |
| » | 21.—47. | » | » | » | » | 33 | » |

Von den restlichen 286 Fällen liess sich der Zeitpunkt der Infection anamnestisch nicht ermitteln. Im besonderen ergibt sich aus meinen Ziffern, dass die tertiäre Syphilis am häufigsten im dritten Jahre nach der Infection auftrete und in den späteren Jahren

die Zahlen immer niedriger werden. Was die Disposition der einzelnen Lebensalter betrifft, so habe ich folgende Zahlen notirt:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| vom | 1.—10. | Lebensjahre | 1 | Fall |
| » | 11.—20. | » | 40 | Fälle |
| » | 21.—30. | » | 224 | » |
| » | 31.—40. | » | 221 | » |
| » | 41.—50. | » | 109 | » |
| » | 51.—60. | » | 57 | » |
| » | 61.—70. | » | 13 | » |
| » | 71.—74. | » | 2 | » |

Was Beruf und Beschäftigung der Kranken betrifft, handelte es sich vorwiegend um Leute, die sich in schlechten äusseren Verhältnissen befanden und schwere körperliche Arbeit verrichteten; so befanden sich z. B., um das Gegentheil zu illustriren, unter den 361 Weibern blos 16 Prostituirte, während der Rest durchwegs Angehörige der arbeitenden und dienenden Classe betrifft. Von all den Kranken waren bis zum Auftreten der tertiären Symptome zwei Drittel überhaupt nicht, während der Rest bald nach der einen, bald nach der anderen Methode, meist aber in ungenügendem Masse behandelt wurde. Der Form nach waren die Affectionen der Haut am zahlreichsten, weniger häufig die Affectionen der Knochen, während die Visceralsyphilis nur einen geringen Bruchtheil betraf. Erkrankungen des centralen und peripheren Nervensystems kamen nur in geringer Zahl zur Beobachtung, vor allem wohl deshalb, weil diese gewöhnlich den internen Kliniken zugewiesen werden. So weit die Fälle meiner Klinik.

Es sollen nun noch jene Fälle in den Bereich der Erörterung einbezogen werden, welche allerdings der tertiären Syphilis angehören, die man jedoch einerseits als endemische Syphilis, die nur an gewisse Länder und Klimate gebunden sein soll, und anderseits jene, welche man als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet. Die erstere habe ich an Ort und Stelle aus eigener Anschauung kennen gelernt, u. zw. in allerdings nur vereinzelten Fällen in Norwegen als sogenannte Radesyge und als Skerljevo in Dalmatien und in Istrien an der adriatischen Küste, in weitaus grösserer Zahl nach Hunderten, in Bosnien und der Herzegowina, woselbst hiefür der Name Frenjak gebräuchlich ist. Es handelt sich hiebei um eine die breitesten Schichten der Landesbewohner befallende Volkskrankheit, wie sie der Kreisarzt Dr. Glück theilweise schon andernorts beschrieben, bei der tertiär-syphilitische Symptome von oft sehr

deletärem Charakter im Vordergrunde stehen, weshalb sie auch von Alters her als eine Krankheit sui generis bezeichnet wurde, die sich von Geschlecht zu Geschlecht nicht immer auf genitalem Wege, sondern durch Vererbung übertrage. Es drängt sich hier zunächst die Frage auf, ob man es in diesen Fällen mit einer gewöhnlichen Syphilis zu thun habe, welche in Folge schlechter äusserer Verhältnisse in malignen Formen auftritt oder ob dies Krankheitsbild ohne genitale und extragenitale Infection gleich von vornherein die besagten Formen annehme und das vorstelle, was man seit langem als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet.

Bevor wir auf letztere Frage eingehen, muss eine präcise Definition dieses Krankheitsbegriffes gegeben werden.

Fournier definirt die Syphilis hereditaria tarda als jene Gesammtheit syphilitischer Affectionen, welche von hereditärer Infection herstammend in einem mehr weniger vorgeschrittenen Alter auftritt. Er unterscheidet weiters von der Syphilis hereditaria praecox (deren Symptome bis zum dritten Lebensjahre in Erscheinung treten) die Syphilis hereditaria tarda, welche alle später auftretenden Affectionen umfasst ohne Unterschied, ob dieselben erst in diesem Lebensalter oder schon im allerersten aufgetreten sind. Die äusserste Grenze ist nach Fournier das 28. Lebensjahr, während andere, so Ricord und Mauriac, noch über diese Altersgrenze hinaus eine Syphilis hereditaria tarda annehmen. Abweichend von dieser Definition ist eine andere, nämlich die der Syphilis hereditaria tarda sensu strictiori, deren Verfechter für dieselbe die Abwesenheit syphilitischer Symptome während der ersten Lebensjahre postuliren. Somit würde die Syphilis hereditaria tarda nach dieser Annahme jene Art ererbter Syphilis vorstellen, bei welcher das Virus im Organismus latent gewesen und erst in einem späteren Alter die Syphilis objectiv nachweisbar war. Es unterliegt keinem Zweifel, dass vereinzelte derartige Fälle jedem erfahrenen Arzte zu Gebote stehen. Um nun eine solche Syphilis hereditaria tarda zu diagnosticiren, sind folgende zwei Fragen zu beantworten:

1. Gibt es Hilfsmittel anamnestischer Art?

2. Hat man objective Symptome, und welcher Art sind dieselben, die diese Diagnose ermöglichen?

Die erste Frage kann bejaht werden. Bedingung ist erstlich, dass die Eltern oder eines von beiden zur Zeit der Zeugung oder Gestation solcher syphiliskrank gewesen sind, und dass das betreffende hereditär-luëtische Kind in den ersten Lebensmonaten bestimmt keine specifischen Erscheinungen aufwies.

Allerdings wird man diesen Bedingungen nur selten entsprechen können und sicherlich nur dann, wenn man als Arzt alle Phasen des Familienlebens miterlebt hat. Einen wichtigen Anhaltspunkt gewährt in solchen Fällen die fast zur Regel gehörende Polyletalität der Nachkommenschaft.

Wie steht es nun, um zur zweiten Frage überzugehen, mit den objectiven Symptomen? Was diese betrifft, so wurde eine ganze Reihe als charakteristisch für Syphilis hereditaria tarda angegeben, sowohl solche, die den ganzen Organismus, wie auch solche, die nur einzelne Organe betreffen.

Es wurde hingewiesen auf das Zurückgebliebensein solcher Individuen in der Entwicklung, ihren zarten Knochenbau und schlcht entwickelte Musculatur, die zeitlebens mangelhaft bleibende Ausbildung der Geschlechtsorgane und Brüste, endlich die verlangsamte geistige Entwicklung.

Fournier bezeichnet dies in seiner Gesammtheit als Infantilismus. Was im speciellen die Hutchinson'sche Trias betrifft, so stellt dieselbe doch zu vieldeutige Symptome dar, als dass man ihr grössere Bedeutung vindiciren könnte, wiewohl bei Vorhandensein von einem dieser Symptome ein Weg angedeutet wird, weiter auf Syphilis zu indagiren. Ebenso sind die zahlreichen als charakteristisch angegebenen Knochenaffectionen, gleichwie eine Anzahl von Hirn- und Rückenmarkstörungen sicher nicht beweisend für Syphilis hereditaria tarda, oftmals nicht einmal für Syphilis überhaupt. Ebenso steht es mit den Erscheinungen seitens der Haut und der inneren Organe. Es gibt also keinerlei objective Merkmale, die an sich zur Diagnose der Syphilis hereditaria tarda genügen würden; erst das Gesammtbild derselben, die Berücksichtigung des Habitus, der anamnestischen Angabe, dass einer der Erzeuger an Syphilis gelitten habe, Neigung zu Aborten oder früher Tod der Geschwister, eventuelle Immunität gegen Syphilis werden vorkommendenfalls die Diagnose unterstützen.

Auch vom theoretischen Standpunkte weist die Syphilis hereditaria tarda nichts Ungewöhnliches auf; denn wenn die erworbene Syphilis nach Jahrzehnten als tertiäre erscheint, warum soll nicht auch die von den Eltern erworbene Syphilis lange Zeit latent bleiben und in variablen Zeiträumen palpable Symptome darbieten?

Es sollen nun noch jene Fälle in den Bereich der Erörterung einbezogen werden, welche allerdings der tertiären Syphilis angehören, die man jedoch einerseits als endemische Syphilis, die nur an gewisse Länder und Klimate gebunden sein soll, und anderseits

jene, welche man als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet. Ist nun die endemische Syphilis in Dalmatien, Bosnien u. s. w. eine Aeusserung der Syphilis hereditaria tarda oder eine gewöhnliche intra vitam acquirirte?

Die Verhältnisse dieser Länder liegen uns speciell am nächsten. Die Syphilis ist hier eine der verbreitetsten Krankheiten. Weite Volkskreise sind von ihr ergriffen und man findet neben recenten Formen namentlich tertiäre mit hervorragend destructiver Tendenz, was ich z. B. in Bosnien in vielen Hunderten von Fällen sehen konnte. Am häufigsten begegnet man Zerstörungen der Nase und des Rachens, daneben gummöse und serpiginöse Hautgeschwüre über grosse Hautstrecken in einer Ausbreitung und Frequenz, wie ich sie anderwärts selten gesehen. Uebrigens wechselt die Frequenz dieser Affectionen im speciellen in auffälliger Weise je nach den verschiedenen Kreisen des Landes. Sicherlich liegt kein Grund vor, alle diese Formen als Syphilis hereditaria tarda aufzufassen. Denn gerade die in Rede stehenden Kranken sind grösstentheils körperlich gut entwickelt, von starkem Knochenbau und kräftiger Musculatur. Ausserdem ist bezüglich des Alters durchaus keine Bevorzugung des zweiten Decenniums zu constatiren, im Gegentheil ist das dritte und vierte, selbst das fünfte und sechste Decennium vertreten. Jedenfalls konnte ich nur selten unter der Bevölkerung jene Symptome, wie sie oben auseinander gesetzt wurden, nämlich Zurückgebliebensein der körperlichen Entwicklung u. s. w., sowie die übrigen, für die Syphilis hereditaria tarda geltend gemachten Symptome constatiren.

Es spricht also nichts dafür, diese Formen als Syphilis hereditaria tarda anzusprechen, vielmehr haben wir es hier mit einer gewöhnlichen tertiären Syphilis zu thun, der allerdings in Folge mangelhafter Pflege und unzweckmässiger Behandlung mittelst der bekannten Quecksilberräucherungen, wie sie daselbst von Curpfuschern geübt werden, eine erhöhte Malignität zukommt. Dass unter diesen vereinzelte Fälle von Syphilis hereditaria tarda überhaupt vorkommen mögen, kann nicht geläugnet werden. Dass die erbliche Uebertragung der Syphilis von den Grosseltern auf die Enkel und sogar auf noch spätere Generationen sich vollziehe, ist bisher von Niemandem bewiesen worden.

In welcher Weise erklärt sich nun die Häufigkeit dieser Formen? Zweifelsohne kommt hier die extragenitale Infection zunächst in Betracht, wie dies in culturell zurückgebliebenen Ländern zur Regel gehört. Das enge Zusammensein zahlreicher Hausgenossen,

die gemeinsame Benützung verschiedener Geräthschaften, so der Pfeife, des sog. Imbrik (eines enghalsigen Trinkgefässes), des Essbesteckes u. s. w., endlich die bekannte Landessitte des Küssens bei den verschiedensten Gelegenheiten treten begünstigend hinzu, während die mangelhafte Pflege und oft sehr ungenügende Nahrung mit die Hauptursache bilden, wenn die Formen in die tertiäre Syphilis übergehen.

Ein weiteres Moment ist die Behandlung, die durch lange Zeit allein in den Händen von Curpfuschern lag. All diese Momente sind somit wohl Grund genug, wenn die bösartigen Formen hier im Vordergrunde stehen.

Keinesfalls ist die endemische Syphilis eine Krankheit sui generis, sie ist eine gewöhnliche, zumeist auf extragenitalem Wege erworbene Syphilis, die in Folge mannigfacher Ursachen zu tertiären Erscheinungen geführt hat.

Auf Grund der obigen Ausführungen gelangen wir nun zu nachfolgenden Schlussätzen:

1. Hauptursache der tertiären Syphilis ist vollständig unterbliebene, resp. ungenügende Behandlung während des recenten Stadiums; ferner constitutionelle Krankheiten (Tuberculose, Malaria, Scorbut, Diabetes), ferner Morbus Brightii und chronischer Alkoholismus.

2. Die tertiäre Syphilis ist nicht ausschliesslich als Metastase aufzufassen, sondern in den weitaus meisten Fällen als das Product von in den Geweben zurückgebliebenen Exsudatresten, die unter dem Einflusse der sub 1 genannten Ursachen in erneute Proliferation gerathen.

3. Die tertiäre Syphilis macht den obigen Daten entsprechend 6·82% der Gesammtsyphilis aus und tritt weitaus am häufigsten im dritten Jahre nach der Infection auf; dieser Zeitpunkt schwankt im übrigen innerhalb sehr weiter Grenzen.

4. Am häufigsten kommen Affectionen der Haut, der Schleimhäute und der Knochen zur Beobachtung.

5. Die endemische Syphilis ist nicht eine Krankheit sui generis, sondern vielmehr eine gewöhnliche tertiäre Syphilis, worunter einzelne Fälle der Syphilis hereditaria tarda angehören mögen.

6. Erbliche Uebertragung auf spätere Generationen ist nicht erwiesen.

7. Die Resultate der Blutuntersuchung kommen denen der Secundärperiode ziemlich nahe; constant ist der sehr herabgesetzte Hämoglobingehalt vorhanden, aber weniger auffallend ist Verminderung der rothen und Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

---

Herr Romniceano (Bukarest):

## Les différentes formes de syphilis infantile.

Voici une des maladies les plus fréquentes chez les enfants, fréquence qui augmente chaque année. Le nombre des cas observés par nous en 17 ans a été de 723, parmi lesquels 390 garçons et 333 filles, d'où il résulte que les deux sexes ont été frappés avec une égale intensité.

Roséole. Sur 121 cas nous avons:

1 accompagné de coryza, blépharite et de plaques muqueuses buccales.
2 accompagnés de coryza, et de plaques muqueuses à la bouche (1 mort).
2 accompagnés d'abcès syphilitiques à la jambe (1 mort).
7 accompagnés de broncho-pneumonie intercurrente et lésions syphilitiques du foie (mort).
1 accompagné d'érysipèle intercurrente (mort),
1 accompagné d'abcès syphilitiques du bras droit.
2 accompagnés de pemphigus syphilitique.
1 né avant terme (7 mois) avec une stomatite albicante.
1 avec des spasmes et paralysie faciale (mort); j'ai trouvé à l'autopsie des accidents syphilitiques et de la méningite.
1 dont la mère avait eu 5 autres enfants, parmi lesquels 3 morts-nés et 2 autres qui étaient morts de syphilis aussitôt après leur naissance. La mère avait, au moment où elle a donné naissance au dernier, des plaques muqueuses sur les lèvres et sur les amygdales.
1 dont la mère avait eu 2 avortements et 2 enfants morts-nés.
1 avec des abcès syphilitiques? sur le corps et arthrite du coude.

1 avec coryza syphilitique et arthrite du coude à gauche (enfant né à 7 mois); la mère avait eu avant un avortement au 6ème mois.

1 avec ulcères diphthérisés sur les deux fesses; la mère avait des plaques muqueuses sur les amygdales.

1 avec ecthyma syphilitique.

1 avec ophtalmie purulente. La mère ne présentait aucun accident visible et n'avait eu ni avortement ni accouchement prématuré.

1 avec des plaques muqueuses. La mère a eu un avortement.

1 avec ozène syphilitique. Deux avortements et un enfant né à terme, mais mort de syphilis.

1 avec plaques muqueuses, consécutif à un chancre inoculé à la suite de la circoncision. Roséole de la variété rubéoliforme. Plaques muqueuses à l'anus et sous le prépuce, isolées et ulcérées. La mère avait des plaques muqueuses de la gorge, laryngite et roséole syphilitique. L'enfant était devenu malade avant la mère. La circoncision a été pratiquée une semaine après la naissance, et les premières manifestations de la syphilis ont apparu 5 mois après, une semaine après la circoncision la plaie était guérie. L'induration a apparu 3 semaines après.

1 avec plaques muqueuses buccales et inguinales. Cette maladie a été communiquée par la servante chargée de soigner l'enfant qui souffrait de plaques muqueuses et laryngite syphilitique depuis 5 mois.

1 avec plaques muqueuses buccales. Chez la mère aucun accident visible. Six accouchements prématurés. Les enfants sont morts aussitôt après la naissance.

1 avec coryza syphilitique, tentative de spina bifida dorsal, phimosis hypertrophique congénital. Premier enfant. La mère ne présente aucun accident visible.

1 avec coryza et début de spina bifide lombo-sacrale.

10 avec blépharite et coryza syphilitique. Les endroits occupés par la roséole à la partie supérieure interne des cuisses ont laissé des tâches noirâtres.

1 avec coryza syphilitique. La mère ne présente aucun accident visible. Premier enfant du troisième mariage. Enfant à terme.

1 avec plaques muqueuses à l'anus et à la bouche et coryza. La mère a des plaques muqueuses buccales et à la commissure gauche. Un avortement antérieur.

1 avec coryza, de blépharite syphilitique. La mère a eu 7 enfants parmi lesquels 2 vivent, les autres sont morts; un à l'âge de 7 semaines, un autre de 3 mois, un de 2 mois, un de 6 mois et demi et un de 18 mois, à la suite de la syphilis. On ne constate sur la mère aucun accident syphilitique visible.

1 avec ozène et psoriasis syphilitique. Enfant unique. Manifestations trois jours après la naissance. La mère et le père sont syphilitiques. Aucun avortement ou accouchement prématuré.

1 avec des plaques muqueuses buccales, second né. Aucun avortement. La roséole a apparu 2 mois après la naissance. Le père et la mère syphilitiques. Le premier-né mort à l'âge d'un an de la variole.

1 avec coryza syphilitique et plaques muqueuses buccales. La mère a eu encore 7 enfants qui sont morts dans les premiers 10 mois à la suite de syphilis. L'enfant est à l'hôpital avec sa nourrice qui l'allaite depuis un mois et qui n'a aucune manifestation syphilitique. Les éruptions ont apparu il y a deux semaines.

1 avec ozène et blépharite syphilitique. Né prématurement. La mère ne présente aucun accident syphilitique.

1 avec un abcès sous-maxillaire profond sur la ligne médiane. Aucun avortement ou accouchement prématuré, l'enfant est né à terme et assez vigoureux. La roséole a apparu 3 mois après la naissance. Le père est syphilitique, la mère ne présente aucun accident visible.

1 avec blépharite et coryza syphilitique et oedème des membres inférieures et des bourses. La mère n'a eu aucune fausse couche ou accouchement prématuré.

Sur les 190 mères que j'ai pu examiner, j'ai trouvé chez 98 des accidents syphilitiques typiques; 74 mères m'ont dit qu'elles avaient eu la syphilis, mais chez 18 je n'ai pu constater aucun accident visible.

L'âge de ces enfants était:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | de | 2 | semaines | 10 | de | 3 | mois | 6 | de | 1 an |
| 3 | » | 3 | » | 7 | » | 4 | » | 4 | » | $1^1/_2$ an |
| 13 | » | 4 | » | 10 | » | 5 | » | 3 | » | 2 ans |
| 9 | » | 5 | » | 6 | » | 6 | » | 1 | » | 7 » |
| 1 | » | 7 | » | 7 | » | 7 | » | 1 | » | 8 » |
| 24 | » | 8 | » | 3 | » | 8 | » | 1 | » | 11 » |
| | | | | 1 | » | 9 | » | | | |
| | | | | 5 | » | 10 | » | | | |

Sur tous ces cas j'ai eu 95 guéris, 14 améliorés, 10 statu quo et 12 morts.

Plaques muqueuses au nombre de 390, parmi lesquels à la bouche 185 (118 sur les lèvres, la face interne des joues et les commissures; 36 sur les amygdales et 31 sur la langue).

A l'anus, 126.

Aux organes génitaux, 75 cas.

Sur la cuisse 2. A la région sousmentonnière 2.

De là il résulte que les plaques muqueuses de la bouche ont été les plus nombreuses, et, parmi celles-ci, les plaques muqueuses de la langue ont été les plus rares.

Mais parmi ces plaques je noterai les cas suivants, dans lesquels les plaques muqueuses ne constituaient pas à elles seules la manifestation de la syphilis.

1) Parmi celles de la bouche:

10 cas étaient accompagnés de syphilides.
1 cas était accompagné de coryza syphilitique.
8 accompagnés de plaques muqueuses à l'entrée des narines et d'abcès syphilitiques multiples.
10 accompagnés de roséole syphilitique.
1 accompagné de rhagades syphilitiques.
10 accompagnés de coryza syphilitique et de blépharite double syphilitique.
4 accompagnés de plaques muqueuses anales et d'abcès syphilitiques de l'avant-bras gauche.
1 accompagné d'ecthyma syphilitique.
4 accompagnés de plaques muqueuses anales.
2 accompagnés de plaques muqueuses dans la région inguinale et poplitée droites.
1 accompagné de pemphigus syphilitique, d'une arthrite suppurée du coude gauche et de 4 abcès syphilitiques sur la cuisse. Ces accidents ont apparu 21 jours après la naissance.
1 dans lequel elles étaient placées sur la voûte palatine, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, l'enfant avait eu la roséole syphilitique 20 jours avant.
6 avec plaques muqueuses aux organes génitaux.
12 avec plaques muqueuses à l'anus.
5 avec plaques muqueuses à l'anus et aux organes génitaux.
1 avec plaques muqueuses à l'anus et roséole syphilitique acquises.

1 avec plaques muqueuses de la langue et commissures. La mère ne présente aucun accident visible.
2 avec plaques muqueuses à l'anus et aux aines.
1 avec plaques muqueuses à l'anus et ecthyma syphilitique. La mère a eu la syphilis.
1 avec plaques muqueuses à l'anus et aux commissures. La mère est syphilitique (plaques muqueuses sur les amygdales). Acquises d'un enfant syphilitique qu'elle allaitait. Autour du mamelon gauche, on voit la cicatrice d'un ulcère syphilitique.
1 avec plaques muqueuses aux aines et au scrotum. Hydrocèle congénitale gauche et phimosis congénital. La mère est probablement syphilitique.
1 avec plaques muqueuses aux commissures, à l'anus et au scrotum. Roséole concomitante. Le père et la mère sont syphilitiques. Ont eu 7 enfants et 4 avortements; deux enfants sont vivants et bien portants, et celui-là est le dernier.
1 avec plaques muqueuses à l'anus et laryngite syphilitique (acquise).
1 avec plaques muqueuses au scrotum, coryza syphilitique et roséole (acquise). Trois frères bien portants. La nourrice (probablement) a été syphilitique.
1 avec plaques muqueuses aux commissures aux paupières et sous le menton.
1 avec coryza, roséole et blépharite syphilitique, tentative de spina bifida sacra-lombaire. L'enfant est gros, vigoureux. Il pèse (sans aucun vêtement trois jours après son entrée et 2 mois après sa naissance) 5350 grammes.
1 avec plaques muqueuses aux commissures et à la bouche, coryza syphilitique acquis depuis un mois et demi d'un frère agé de 2 ans qui avait des plaques muqueuses.
1 avec plaques muqueuses aux commissures et sur les amygdales (acquises). Il y a encore 3 frères et la mère qui sont également syphilitiques.
1 avec plaques muqueuses sur les amygdales et sur la langue (de leur tante). Même famille que les enfants notés ci-dessus.
1 avec plaques muqueuses à la langue (acquises). La mère est syphilitique depuis son accouchement.
1 avec plaques muqueuses à la langue, sur les amygdales et à l'anus (acquises). La mère est syphilitique après son accouchement.
1 avec plaques muqueuses aux commissures (acquise). Encore trois frères syphilitiques, ainsi que la mère.

1 avec plaques muqueuses sur la langue, coryza syphilitique et blépharite (acquise). A encore trois frères et la mère, tous syphilitiques. Influenza intercurrente de forme pulmonaire.

1 avec plaques muqueuses buccales et angine syphilitique (acquises), a à l'hôpital un frère et une soeur également malades de la même affection.

1 avec angine syphilitique et roséole (acquise), a à l'hôpital une soeur et un frère syphilitiques.

1 avec plaques muqueuses aux commissures; l'enfant étant atteint de toux convulsive et débile on n'a pas pu traiter la syphilis. Mort de broncho-pneumonie.

1 avec plaques muqueuses sur les amygdales.

1 avec plaques muqueuses sur la langue. La mère a eu 8 enfants, dont 4 morts sans avoir présenté aucune trace de syphilis. Les quatre autres sont tous syphilitiques.

1 avec plaques muqueuses à la bouche et sur les amygdales (acquises).

1 avec plaques muqueuses à la gorge, à l'anus et à la vulve (acquises). La mère est syphilitique après l'accouchement.

1 avec plaques muqueuses à la langue et à la gorge (acquises).

9 avec plaques muqueuses aux organes génitaux.

1 avec plaques muqueuses à l'anus. La mère a des plaques muqueuses sur les amygdales et à la vulve.

1 avec plaques muqueuses aux organes génitaux et à l'anus (acquises).

1 avec plaques muqueuses à la face externe de grandes lèvres.

1 avec plaques muqueuses aux commissures sur les amygdales et laryngite syphilitique. La mère a eu 8 enfants parmi lesquels 4 sont vivants. Un est mort de mal de gorge. Ceux qui vivent sont syphilitiques. La mère a des exostoses.

1 avec plaques muqueuses ano-génitales. La mère a des plaques sur les amygdales.

1 avec coryza et roséole syphilitique. Premier né dans le 8[e] mois de géstation. La mère sans manifestations syphilitiques apparentes, le père syphilitique.

1 avec plaques muqueuses de la bouche. La mère a des plaques muqueuses sur le pharynx et la langue.

1 avec plaques muqueuses de la face interne des joues. Aucun avortement. La mère a des plaques dans la bouche et sur les amygdales.

1 angine syphilitique et coryza, datant d'une année. Au villag[illegible] on a laissé les autres enfants malades de la même maladie. [illegible] Une de ses soeurs souffre probablement de tuberculose vertébrale, âge six ans, guérison.

### Plaques muqueuses de la langue.

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses anale[illegible] et des gommes syphilitiques dans la région du coude droit.

Dans deux cas il y avait des plaques muqueuses aux grand[illegible] lèvres et à l'anus (enfant au sein); les deux mères avaient eu d[illegible] avortements antérieurs.

1 avec des plaques muqueuses à l'anus (acquises), phimosis co[illegible] génital.
1 avec plaques muqueuses à la bouche et aux commissures. A[illegible] quises il y a un mois de l'enfant le plus âgé. Influenza int[illegible] currente.
1 avec plaques muqueuses à la gorge, à l'anus et à la vu[illegible] (acquise). La mère est syphilitique, elle a actuellement un chan[illegible]re induré de la lèvre inférieure.
1 avec plaques muqueuses de la langue (acquises). La mère a [illegible]eu des plaques muqueuses aux grandes lèvres.

### Plaques muqueuses des amygdales.

Dans un cas il y avait aussi une laryngite syphilitique. L[illegible] mère avait eu 6 enfants qui étaient morts entre 3 à 5 mois.

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses de la commissure et des lèvres. La mère avait eu un avortement.

Dans deux cas il y avait aussi des plaques muqueuses anales.

Dans trois cas il y avait aussi des plaques muqueuses sur la face interne de la lèvre inférieure, près des commissures.

Dans trois cas elles occupaient la luette qui était détruite.

Dans un cas il y avait une plaque sur la voûte palatine et une autre sur la luette.

1 avec plaques muqueuses de la lèvre inférieure et de l'anus. Alopécie.
1 avec plaques muqueuses à l'anus et myélite.
2 avec plaques muqueuses aux commissures et à l'anus.
1 avec laryngite syphilitique.
1 avec plaques muqueuses à l'anus (acquise). La mère a de plaques muqueuses sur les amygdales et ano-génitales.

1 avec plaques muqueuses aux organes génitaux et à l'anus. Accidents acquis.
1 avec plaques muqueuses à la vulve.
1 avec plaques muqueuses sur les amygdales (acquise). La mère a des accidents du larynx.
1 avec plaques muqueuses sur les amygdales (acquise). La mère a les mêmes accidents.
1 avec plaques muqueuses sur les amygdales (acquises) d'un autre enfant syphilitique que la mère allaitait.

### Plaques muqueuses anales.

Dans un cas elles étaient consécutives à la pédérastie.

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses dans les fosses axillaires et à la partie interne des cuisses, au point où la peau fait des plis.

Dans un cas il y avait des plaques muqueuses aussi sur la cuisse droite et roséole syphilitique.

Dans deux cas toute la famille (5 personnes) avait des plaques muqueuses buccales.

Dans six cas il y avait aussi des plaques muqueuses aux organes génitaux et roséole syphilitique.

Dans cinq cas il y en avait aussi aux organes génitaux et à la bouche.

Dans cinq cas il y avait aussi des plaques muqueuses aux organes génitaux.

Dans un cas il y avait des plaques muqueuses sur le prépuce et psoriasis syphilitique.

1 avec coryza. Un avortement (premier-né). Le père est syphilitique. La mère n'a pas eu d'accidents syphilitiques (leucorrhée).
1 avec roséole, ozène et abcès multiples.
1 avec plaques muqueuses à la bouche et coryza syphilitique. Parents syphilitiques.
1 avec plaques muqueuses buccales (aux commissures), roséole et blépharite syphilitique. Deuxième enfant. Un frère mort à l'âge de 3 ans d'arthrite tuberculeuse du genou droit et adénite inguinale suppurée. Aucun avortement. La mère est syphilitique. Le père n'a pu être examiné.
1 avec plaques à la bouche et sur les amygdales.
1 avec plaques muqueuses à l'anus acquises. A déjà été deux fois dans le service pour la même maladie.

1 avec plaques muqueuses à l'anus (acquise par pédérastie).
1 fissures à l'anus et plaques muqueuses. Age 15 ans. Guérie.
1 avec plaques muqueuses des amygdales. Acquises de la nourrice. La mère n'a aucun accident syphilitique. D'après ce que nous dit la mère, la nourrice a été syphilitique.
1 avec plaques muqueuses à la bouche et aux commissures. Phimosis congénital hypertrophique incomplèt.
2 avec plaques muqueuses au scrotum. Le père est syphilitique. La mère a des plaques muqueuses sur les amygdales et sur l'isthme du gosier.
1 avec plaques muqueuses aux commissures et sur les amygdales. L'enfant est pédéraste passif. Il déclare avoir eu des rapports avec deux enfants plus grands que lui.
1 avec plaques muqueuses des cuisses, roséole et coryza syphilitique. Aucune fausse couche, aucune naissance prématurée. Deux enfants morts; un après six semaines, sans que l'on sache de quoi; l'autre après quatre mois. La mère ne présente aucun accident visible.
2 avec roséole et coryza syphilitique. Dans un cas le père est syphilitique, dans l'autre cas la mère a des plaques muqueuses sur les gencives supérieures, aucun avortement ou accouchement prématuré.
1 avec plaques muqueuses sur les amygdales. Le père et la mère sont syphilitiques. Un avortement et un premier accouchement à terme et l'enfant mort syphilitique.
1 avec plaques muqueuses aux commissures. La mère est syphilitique.
1 avec plaques muqueuses à la bouche et aux commissures. Le père et la mère sont syphilitiques.
1 avec plaques muqueuses buccales. Probablement par contagion.
1 avec plaques muqueuses des organs génitaux, à l'articulation poplitée et du coude. La mère a eu des plaques muqueuses.
1 avec plaques muqueuses inguinales. La mère est syphilitique. Un avortement dans le 3e mois, le deuxième enfant né à terme. Eruptions syphilitiques apparues 6 mois après sa naissance.
1 avec roséole syphilitique. La mère est syphilitique, elle a eu trois avortements.
2 avec plaques muqueuses à la vulve. La mère est syphilitique.
1 avec plaques muqueuses de la langue, ayant récidivé à trois réprises.

## Plaques muqueuses des organes génitaux.

Dans un cas, il y avait aussi des plaques dans le pli inguinal gauche.

Dans un cas il y avait aussi l'écthyma syphilitique et des plaques muqueuses des faces palmaires.

Dans un cas il y avait des plaques muqueuses sur les grandes lèvres, à l'anus dans les plis inguinales et entre les fesses. La mère avait des plaques muqueuses buccales.

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses au prépuce et de plus un paraphimosis.

Dans huit cas des plaques muqueuses à l'anus et dans trois cas il y en avait aussi à la bouche.

1 avec plaques muqueuses dans la région inguinale (acquises). La mère avait sur les amygdales et sur les organes génitaux des plaques muqueuses qui étaient apparues après l'enfant.

1 avec angine syphilitique.

1 avec plaques muqueuses à la bouche et roséole syphilitique (acquise). La mère a une cicatrice ronde sur le sein gauche près du mamelon. Elle a eu un ulcère pour lequel elle a été en traitement à l'hôpital Brancovan et en est sortie guérie après deux mois de traitement. La mère nous dit qu'elle a élevé et allaité un enfant, qui était malade et qu'elle est devenue malade à cause de cet enfant, alors qu'elle était tout-à-fait bien portante avant cette époque.

1 cas avec des abcès syphilitiques multiples.

1 avec plaques muqueuses à l'anus aux commissures de la bouche et sur les amygdales (acquise).

1 avec plaques muqueuses à la bouche. La mère était morte six mois après son accouchement. Le père est syphilitique.

1 avec plaques muqueuses et coryza (héréditaire). Les plaques muqueuses occupent les plis des fesses et le dessous du menton. Tentative de spina bifida lombo-sacral. La mère a encore donné le jour à quatre enfants (2 naissances prématurées à huit mois, enfants morts, deux sont nés à temps; l'un est morte une semaine après sa naissance et l'autre après cinq mois).

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses aux parties internes et supérieures des cuisses, sur le scrotum, à la bouche, à la nuque, sous le menton et laryngite syphilitique.

Parmi ces cas, 60 nous ont paru être dus à la syphilis héréditaire et 15 étaient acquises.

L'âge des enfants à atteints de plaques muqueuses a été:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De 1 mois | 10 | de 8 mois | 4 | de 3 ans | 26 |
| » 5 semaines | 5 | » 9 » | 6 | » 3—4 » | 1 |
| » 7 » | 1 | » 10 » | 3 | » 4 » | 11 |
| » 8 » | 20 | » 11 » | 4 | » 4—5 » | 1 |
| » 10 » | 1 | » 1 an | 19 | » 5 » | 11 |
| » 3 mois | 15 | » 1½—2 ans | 1 | » 6 » | 15 |
| » 4 » | 4 | » 1—1½ » | 53 | » 7 » | 11 |
| » 5 » | 12 | » 2 ans | 24 | » 8 » | 2 |
| » 6 » | 5 | » 2½ ans | 8 | » 9 » | [illegible] |
| » 7 » | 6 | | | | |

et le reste jusqu'à 15 ans.

Leur terminaison a été 333 guéris, 46 améliorés, 6 stat
5 morts; la durée moyenne du traitement a été de 17 j
malade.

Coryza syphilitique.

Des 34 cas il y en a eu:

3 qui etaient accompagnés de plaques muqueuses bucca
un cas il y avait aussi le pemphigus syphilitique.

1 avec plaques muqueuses à la bouche et périostose
et des orteils. La mère a eu un avortement dans
mais elle ne présente aucune trace de syphilis. Le
philitique.

1 avec blèpharite et roséole syphilitique. Le père e
La mère ne présente aucun accident visible.

1 avec érythème et des papules. La mère a des p
ses dans la bouche.

1 avec plaques muqueuses sur les amygdales et l
litique. La mère présente des accidents manifes
syphilitiques.

4 avec roséole syphilitique et plaques muqueuses
est syphilitique.

1 avec roséole syphilitique. Le père et la mèr
Les deux premiers enfants sont syphilitic
...ième ...ès syphilitiques. Deux ...résente

1 accompagné de roséole syphilitique et de plaques muqueuses buccales. La mère est syphilitique, a eu six avortements et un autre enfant mort, toujours de syphilis.
1 accompagné de kératite double ulcéreuse otorrhée et adénopathie ganglionnaire cervicale et roséole syphilitique. La mére a des cicátrices de ganglions tuberculeux.
1 accompagné de roséole et de kératite phlyctènulaire. Il a été déjà dans le service pour la même maladie.
1 accompagné de roséole et de plaques muqueuses anogénitales. Le père est syphilitique. La mère ne présente aucun accident visible. Aucun avortement, aucun accouchement prématuré.
5 accompagnés de roséole syphilitique. Dans un cas, la mère avait des plaques muqueuses buccales. Elle a déjà perdu un enfant à la suite de la syphilis.
1 accompagné de roséole syphilitique et de blépharite. Un enfant mort né, celui-ci semble n'être pas à terme.
1 accompagné de plaques muqueuses buccales et de roséole syphilitique. Aucun avortement, aucun accouchement prématuré. Cet enfant à l'air d'être venu au monde avant terme; il a l'air d'un vieillard.
1 accompagné de roséole syphilitique. La mère a allaité un enfant syphilitique et a gagné la syphilis par les mamelles où elle avait des érosions.
4 accompagnés de roséole syphilitique.
1 accompagné de roséole syphilitique héréditaire, paralysie des membres supérieurs et urticaire. La mére n'a eu aucun avortement ou accouchement prématuré, naissance à terme. La mère a des plaques muqueuses sur les amygdales. Paralysie plus prononcée du membre droit.
4 accompagnés de plaques muqueuses aux commissures buccales et crevasses à la lèvre supérieure. Parents syphilitiques.
1 accompagné de roséole syphilitique. La mère a déjà donné naissance à deux enfants (morts). L'enfant actuel est l'un de deux jumeaux, l'autre est mort trois jours après sa naissance. Il a été dans la section médicale où il a pris des bains au sublimé corrosif.

L'âge de ces malades a été:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| de 1 | semaine | 1 | cas | de 5 | mois | 4 | cas |
| » 2 | semaines | 5 | » | » 6 | » | 1 | » |
| » 3 | » | 2 | » | » 8 | » | 1 | » |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| de 4 | semaines | 1 cas | de 1 | mois | 1 | et plaques muqueuses buccales. |
| » 5 | » | 1 » | | | | |
| » 6 | » | 7 » | » 2 | » | 1 | et plaques muqueuses buccales. |
| » 8 | » | 8 » | | | | |
| » 3 | » | 6 » | » 9 | » | 1 | » il y avait aussi des plaques muqueuses buccales. |
| » 4 | » | 4 » | | | | |

Ecthyma syphilitique.

39 cas parmi lesquels:

Dans 4 cas ils étaient ulcérés et ils avaient aussi des plaques muqueuses anales et buccales. La nourrice avait des plaques muqueuses au mamelon, qui ont paru pendant qu'elle allaitait cet enfant.

Dans un cas il y avait aussi des abcès syphilitiques. Dans 3 cas ulcérés.

Dans un, des convulsions ont apparu (mort); à l'autopsie lésions syphilitiques.

Un cas était accompagné d'érythème généralisé.

Un cas occupait les membres inférieurs où les ulcères étaient profonds; il y avait aussi des plaques muqueuses anales et du coryza syphilitique.

Dans 10 cas il y avait aussi des plaques muqueuses anales.

L'âge de ces enfants était:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| de 3 | semaines | 1 cas | de 6 | mois | 4 cas |
| » 5 | » | 1 » | » 2 | » | 1 » |
| » 8 | » | 8 » | » 10 | » | 1 » |
| » 3 | mois | 6 » | » 11 | » | 1 » |
| » 4 | » | 3 » | » 1 | an | 2 » |

Et le reste jusqu'à 7 ans.

Guéris 29, améliorés 8, statu-quo 1 et mort 1.

La durée du traitement a été, terme moyen de 16 jours par malade.

Pemphigus syphilitique 56 cas.

Dans un cas, il y avait des abcès syphilitiques multiples; l'enfant était fort débile (mort); lésions syphilitiques au foie et au cerveau.

Dans un cas il y avait aussi des plaques muqueuses aux organes génitaux (mort.)

1 cas, entérite (mort; l'autopsie nous a montré des lésions syphilitiques dans les intestins et au foie.

1 cas dans lequel il y avait aussi des abcés syphilitiques et une périostose (morte); à l'autopsie j'ai trouvé des lésions syphilitiques dans les intestins et au foie, anisi qu'au cerveau.

1 cas, cachéxie syphilitique très prononcée (mort).

1 cas, dans lequel it y avait aussi des plaques muqueuses buccales. (Enfant né à 7 mois). Le mère avait eu des accidents syphilitiques manifestes (plaques muqueuses buccales).

1 cas avec une broncho-pneumonie, la mère avait des plaques muqueuses buccales.

1 cas avec un purpura hémorrhagique consécutif à la scarlatine; mort.

1 cas il y avait ictère.

2 cas étaient accompagnés de coryza et de roséole syphilitique qui est apparue entre le 3e et le 6e semaine après le naissance. Dans un cas la roséole a récidivé trois fois et l'enfant a déjà été, pour cela, dans le service.

1 cas accompagné de plaques muqueuses aux commissures, coryza et cachexie syphilitique. Premier né. Aucun avortement. La mère est syphilitique; le père assurément.

L'âge des ces malades a été:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| de 2 | semaines | 6 | cas | de 7 | mois | 2 | cas |
| » 3 | » | 2 | » | » 8 | » | 3 | » |
| » 4 | » | 8 | » | » 9 | » | 3 | » |
| » 5 | » | 7 | » | » 10 | » | 2 | » |
| » 2 | mois | 4 | » | » 11 | » | 1 | » |
| » 3 | » | 3 | » | » 12 | » | 2 | » |
| » 4 | » | 3 | » | » 18 | » | 4 | » |
| » 5 | » | 2 | » | » 30 | » | 1 | » |
| » 6 | » | 3 | » | | | | |

Guéris 37, améliorés 8, statu-quo 1, et morts 10.

Le temps pendant lequel a duré le traitement a été en moyenne de 12 jours.

## Abcès syphilitiques.

Sur 11 cas nous avons:

1 sur les deux fesses et 1 abcès dans la région pariétale.

1 au coude gauche et arthrite consécutive suppurée (mort).

1 dans la région du dos à droite (mort).
1 dans la région du dos à droite (mort).
7 cas non spécifiés, mais parmi lesquels il y avait deux cas qui présentaient aussi des plaques muqueuses buccales et 5 avec la roséole syphilitique.

Dans un cas la syphilis avait été transmise par la vaccination et a donné lieu à 11 abcès et cachexie syphilitique (mort).

Dans trois cas il y avait aussi la roséole syphilitique et des plaques muqueuses buccales.

Dans tous les cas les abcès étaient multiples: Guéris 5; morts 3; statu-quo 1, et améliorés 2. — L'âge des malades a été:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| de | 2 | semaines | 1 | cas |
| » | 4 | » | 2 | » |
| » | 5 | » | 1 | » |
| » | 8 | » | 2 | » |
| » | 4 | mois | 3 | » |
| » | 6 | » | 1 | » |
| » | 18 | » | 1 | » celui qui a été inoculé |

par la vaccination. La durée moyenne du traitement a été de 11 jours par malade.

Psoriasis syphilitique 4 cas.

Dans un cas, il y avait aussi une arthrite du coude et érythème syphilitique de la face.

Dans deux autres, il y avait des plaques muqueuses buccales, et dans un autre la mère avait des plaques muqueuses sur les amygdales.

L'âge de ces malades a été: 2 de 9 mois; 1 d'un an et 1 de 3 ans.

Guéris 3, statu-quo 1; la durée du traitement à été, terme moyen, de 9 jours par malade.

Gommes syphilitiques 10 cas:

Parmi celles-ci nous avons eu: 2 de la langue, 4 souscutanées (sur les bras), 1 sur la joue droite, 3 (ramollies) à la région antérieure du sternum (opérés). Les mères dans 9 cas avaient eu des accidents syphilitiques manifestes.

L'âge, 1 de 5 semaines 2 d'un an
1 » 8 » 1 de 2 ans
1 » 6 » 1 de 5 ans et les autres de 9 ans.

Guéris 5; Améliorés 3; statu-quo 2. La durée du traitement a été en moyenne de 26 jours par malade.

Tubercules syphilitiques.

27 cas, parmi lesquels:
1 ulcère sur la jambe et une perforation du voil du palais.
1 acuminé et ulcéré sur la joue gauche.
3 ulcérés, sur l'avant bras.
1 dans la région inguinale gauche avec ramollissement consécutif des ganglions.
1 sur la face antérieure du thorax.
3 ulcérés sur les cuisses.
15 ulcérés situés sur des régions non déterminées.
1 de syphilide tuberculeuse tardive, ulcérée (héréditaire) située sur la jambe, les genoux, la région poplitée, les cuisses, le scrotum, les fesses, la région latérale gauche du cou et au menton, enfant de 13 ans.
1 accompagné de tubercules syphilitiques et de tuberculose vertébrale lombaires. Agé de 9 mois. Sorti en meilleur état.

L'âge de ces malades a été:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 mois | 1 cas | 12 ans | 4 cas |
| 1 an | 1 » | 13 » | 1 » |
| 5 ans | 4 » | 14 » | 3 » |
| 10 » | 5 » | 15 » | 3 » |
| 11 » | 5 » | | |

Guéris 22, améliorés 5. La durée du traitement a été, en moyenne, de 26 jours pour chaque malade.

Périostoses syphilitiques.

Dans les 3 cas elles étaient situées sur le tibia; 1 à droite et 2 à gauche.

L'âge des malades a été 1 de 4 ans, 1 de 7 ans, 1 de 9 ans. Guéris.

Exostoses syphilitiques.

Un avec tubercules syphilitiques et exostoses de la table interne du crâne; convulsions (mort).

Un sur les deux bosses frontales et sur le tibia. Convulsions (mort).

Un sur l'humérus gauche. Un du femur droit.

Age: 1 de 5 mois; 1 d'un an; 1 de quatre ans et un de 5 ans. Améliorés 2, morts 2.

## Eczema syphilitique.

7 cas parmi lesquels:

2 accompagnés de Coryza syphilitique et de plaques muqueus[illegible] buccales. Dans un cas la mère était syphilitique, elle n'avait [illegible] ni avortement ni accouchement prématuré.

Dans le deuxiéme cas la mère est syphilitique, elle a [illegible] un avortement à 4 mois. L'enfant actuel n'est pas né à term[illegible]

1 accompagné d'abcès. Aucun avortement ou accouchement p[illegible] maturé. La mère a des plaques muqueuses buccales récidivé[illegible]

1 accompagné de plaques muqueuses buccales et d'ulcères di[illegible] théritiques sur la lèvre supérieure et la face. La mère est [illegible] s[illegible] philitique, elle a accouché d'un enfant mort.

L'âge a été:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| de | 1 | mois | 1 cas | de | 2 mois | 1 | cas |
| » | 6 | semaines | 1 » | » | 3 » | 2 | » |
| » | 7 | » | 1 » | » | 1 an | 1 | » |

Sur ce nombre: 2 ont été guéris, 3 améliorés, 2 morts.

## Blépharite syphilitique.

3 cas, parmi lesquels

1 accompagné aussi de Coryza et de roséole syphilitique. La [illegible]ère n'a aucun écoulement vaginale.

1 accompagné de coryza et de roséole syphilitique. Le père est syphilitique. La mère a eu 2 avortements (5—6 mois). Un ac[illegible]ouchement prématuré au 8e mois (L'enfant est mort-né).

1 accompagné de Coryza, de plaques muqueuses buccales et d'[illegible]Érythème syphilitique.

L'âge a été; 1 cas de 3 semaines; 1 de 7 semaines; 1 [illegible]de 8 semaines.

Les trois sont sortis améliorés.

## Cachexie syphilitique.

1 cas accompagné de plaques muqueuses aux commissures. [illegible]Âge de 8 mois. Amélioré.

## Ulcères syphilitiques indurés.

3 cas parmi lesquels:

1 accompagné de blennorrhagie, l'enfant prétend avoir été déflor[illegible]é.

1 accompagné de plaques muqueuses à la langue et à la voûte palatine. Chancre acquis.

1 cas de chancres indurés à l'anus consécutifs à la pédérastie.

L'âge a été: Un cas de 9 années; deux cas à l'âge de 14 ans. Parmi ces cas 2 ont été guéris et une fillette est sortie dans le statu-quo (La malade a été envoyée à l'hôpital Colentina).

## Conclusions.

De là il résulte que le plus grand nombre des cas de syphilis de notre statistique s'est montré dans l'âge le plus tendre de la vie et ils se sont présentés à partir du 7-ème jour, devenant plus nombreux entre 1 et 5 mois.

Souvent certains enfants avaient en naissant la figure caractéristique de la syphilis héréditaire; c'est-à-dire ils étaient des vieillards en miniature, présentant aussi des éruptions cutanées comme des: bulles et surtout des plaques muqueuses, enfants qui n'ont pas tardé à mourir. Souvent ces enfants ont gagné avec une grande facilité la broncho-pneumonie qui les a tués en quelques jours. D'autres fois, nos enfants étaient nés dans un état de santé assez satisfaisant et les éruptions n'ont apparu que 15 ou 60 jours après la naissance, en débutant d'abord par l'affaiblissement progressif et visible de l'enfant.

Même chez ces enfants, les broncho-pneumonies ont été plus graves et dans les cas où elles ont guéries, elles ont duré beaucoup plus longtemps que chez les enfants non syphilitiques.

Je dois noter qu'à part de rares exceptions, pour ne pas dire jamais, les premières manifestations de la syphilis héréditaire ont commencé par le coryza, et presque toutes les mères sont unanimes à déclarer que l'enfant a commencé d'abord à ronfler.

Dans un seul cas (les deux parents syphilitiques) elle a débuté par une entérite qui n'a cédé qu'au traitement mercuriel (frictions); l'enfant a eu aussi des plaques muqueuses à la bouche à l'âge de 3 mois.

Cette enfant que j'ai traitée à partir de sa naissance jusqu'à l'âge de 13 ans, a eu plus tard, les ganglions cervicaux fort développés; et à l'âge de 11 ans, à la suite d'une légère contusion (coup de poing) elle a eu une périostite tuberculeuse suppurée de la 4e et 5e côté gauche laissant des trajets fistuleux (au niveau de la pointe du cœur) qui après avoir été opérés et raclés à 3 reprises dans le cours d'une année et demie ont guéri dificilement.

Ses frères et soeurs (au nombre de quatre) sont débiles et présentent le type dit scrofuleux ou mieux tuberculeux; tous ont eu la syphilis aussitôt leur naissance. Un est mort à la suite d'une maladie de la moelle épinière.

Considérés au point de vue de leur fréquence les accidents syphilitiques ont été:

| | |
|---|---|
| Plaques muqueuses | 390 |
| Roséole syphilitique | 121 |
| Pemphigus | 56 |
| Coryza | 44 |
| Ecthyma | 39 |
| Tubercules | 27 |
| Abcès | 11 |
| Gommes | 10 |
| Exostoses | 4 |
| Eczema | 7 |
| Psoriasis | 4 |
| Périostoses | 3 |
| Ulcères | 3 |
| Blépharite | 3 |
| Cachéxie | 1 |

D'où il résulte que les plaques muqueuses ont été les manifestations les plus fréquentes chez les enfants, et cela proba-blement non seulement parce qu'elles forcent les parents à les faire voir au médecin mais aussi parce-que, une fois guéries, elles réap-paraissent.

La réapparition de quelques unes a lieu dans le cours d'une année et même plus tard, circonstance, qui à mon avis, explique pourquoi leur nombre a été plus considérable, car souvent il est arrivé que des enfants sortis guéris, sont revenus 3 et 4 fois à l'hôpital, et toujours avec des plaques muqueuses aux mêmes endroits.

Elles ont été si communes, que nous pouvons dire qu'elles ne manquent jamais chez les enfants syphilitiques. Elles ont coexisté presque toujours avec une autre syphilide et rarement elles ont été la seule manifestation syphilitique.

Dans ce dernier cas, l'enfant avait eu les premières manife-stations un an ou deux auparavant, c'est-à-dire la maladie était à peu près à la fin de la période virulente.

Bien que la forme des plaques muqueuses la plus fréquente ait été la forme végétante, la forme ulcéreuse cependant n'a pas été rare. Celle des commissures de la bouche, etait souvent con-stituée par la réunion de plusieurs tubercules et pas toujours sous celle de gerçures (comme je les ai observées à la partie moyenne

des lèvres). Ces tubercules ou crevasses saignant facilement et etaient souvent accompagnés d'éruptions autour des narines.

A la face interne des lèvres, des joues, et sur la langue, les plaqes muqueuses étaient de couleur argentée entourées d'une auréole rose. Assez souvent chez les enfants ces plaques ont pris un caractère diphthèrique. Sur la voûte palatine et sur le voile du palais elles ont été rares, de même que sur les parois du pharynx.

Bien que la forme végétante n'est pas rare chez l'adulte, les plaques muqueuses en forme de choufleur ont été cependant fort rares chez les enfants. Pourquoi? Parce qu'elles sont promptement soignées et que par suite la plaque muqueuse de la peau, de forme végétante n'a pas le temps de grandir et de procéder.

Les régions des fesses et de la face interne des cuisses, les régions inguinales, les espaces interdigitaux sous le menton et même la paume des mains nous ont donné quelques exemples chez les enfants que nous avons soignés. Quel en est la cause? Parce que les enfants étant emmaillotés, les fesses et les cuisses sont toujours en contact immédiat, de sorte que ces régions sont toujours dans une humidité continuelle et à une température constante, c'est-à-dire dans les conditions nécessaires au développement des plaques muqueuses.

Quant aux plaques muqueuses situées sous le menton et dans la paume des mains, elles sont dues à ce que l'enfant habitué à cette position pendant la vie intra-utérine a continué encore longtemps après sa naissance à se tenir dans cette position, de sorte que ces parties se trouvent dans les conditions favorables au développement des plaques muqueuses.

Quant à la forme dite rhagades syphilitiques, elles ont été très fréquentes aux commissures de la bouche et à l'entrée des narines. Dans 4 cas je les ai observées entre les orteils et les doigts (chez les nouveau'nés coincidant avec la roséole syphilitique et les plaques muqueuses buccales et aux commissures.

Je ne les ai jamais observés à l'entrée du Vagin. Rarement elles ont existé à l'anus ou elles provoquaient des douleurs au moment de la défécation et se sont guéries plus difficilement à cause du manque de propreté de la région.

Quant aux rhagades syphilitiques développées dans les espaces interdigitaux, dans deux cas aux doigts des mains et aux orteils les gerçures étaient très profondes et très etendues, de façon qu'elles passaient sur le dos et à la plante du pied ainsi que sur le dos

et la paume des mains. Ces deux enfants avaient aussi des plaques muqueuses buccales et aux commissures.

L'Eczèma syphilitique, a été très rare et alors il n'était pas la seule manifestation syphilitique de l'enfant.

Le Pemphigus syphilitique a éclaté dans certains cas immédiatement après la naissance. Dans ces cas, les enfants étaient débiles. D'autre fois il a apparu assez tard (à 2 ou 4 mois de la vie). Les enfants étaient parfois assez robustes. Quand il a été très précoce, la terminaison constante a été la mort. Le siège des bulles a été les faces palmaires et plantaires. Quelquefois il a débuté par la face palmaire de la dernière phalange et s'est étendu tou autour prenant l'aspect de la tourniole.

La Tourniole syphilitique, quoiqu'on la dise fréquente ch les enfants, est arrivé rarement, grâce à l'institution du traitemen quant à l'apparition des pustules et des ulcérations qui peuvent d venir profondes et envelopper même la matrice de l'ongle, en pr duisant un véritable onyxis qui se termine par la chûte totale de l'ongle, je n'ai noté une terminaison de ce genre que dans un c aux gros orteil droit, où il existait une ulcération fort étendue et où l'ongle était complétement tombé.

Cet enfant avait aussi des plaques muqueuses buccales et aux commissures et aussi des rhagades syphilitiques dans tous les espaces interdigitaux du même pied et du pemphigus.

Les Abcès. Je les ai observés chez des enfants syphilitiques débilités par une cachéxie profonde. J'ai observé avant leur apparition une vive rougeur de toute la peau du corps qui était parsemée de miliaire. D'autre fois, à l'endroit où devait apparaître l'abcès, on voyait une petite tache rouge qui devenait promptement rouge violacé et qui précédait de 24 heures la collection purulente. Ils ont été peu volumineux et ont éclaté sur tout le corps, mais de préférence sur la tête et à la nuque.

Rarement ils ont été uniques. Le plus souvent multiples (20 à 40) ils apparaissaient successivement et étaient fort douloureux. Ouverts par nous, car il finissent très tard par s'ouvrir spontanément, leur contenu était un pus de couleur chocolat et bien lié. Aussitôt qu'ils étaient largement ouverts ils guérrissaient rapidement, même en 24 heures. Si on les laissait s'ouvrir spontanément, ou si on se bornait à une ponction, l'orifice se refermait et la collection se reformait.

Ceux de la tête ont été quelquefois suivis de convulsions et de la mort de l'enfant. Quand ils ont été trop nombreux, ils ont

ini par entraîner la mort du malade. Ces abcès sont-ils syphilitiques ›u sont-ils infectieux? Je crois qu'ils sont infectieux.

La Blepharite syphilitique n'a pas été rare. Sa violence tait en rapport direct avec celle du Coryza syphilitique. Souvent lle a été accompagnée de plaques muqueuses des deux angles des eux. Ces plaques avaient une forme allongée et étaient crevassées omme les fissures des lèvres.

Si maintenant je voulais noter lesquels de ces enfants ont eu . syphilis héréditaire,' cela me serait impossible; car je n'ai pas u et ne pouvais être en position de faire cette recherche minutieuse ans chacun des cas qui se sont présentés.

Mais je dois noter que j'ai vu la syphilide tardive (tu- rculeuse) se présenter dans les 27 cas suivants:

| | |
|---|---|
| chez un enfant de 1 an | 5 chez des enfants de 12 ans |
| » des enfants » 5 ans | 3 » » » » 14 » |
| » » » » 9 » | 3 » » » » 15 » |
| » » » » 10 » | et au dessus. |
| » » » » 11 » | |

Les cas observés par nous sont la syphilis héréditaire et quise. Dans la syphilis héréditaire nous n'avons pas, règle géné- e, observé tous les accidents syphilitiques chez les enfants. Les s fréquents et que nous avons vus presque sur chaque enfant t été les accidents de la phase virulente (accidents secondaires), les accidents de la phase constitutionnelle (accidents tertiaires) t été fort rares.

Nous n'avons observé que quelques uns des accidents de la se virulente tels que (les exanthémes, les bulles, les vésicules, papules) tandis que les pustules, les squames, les gommes et tubercules ont été aussi rares que les exostoses les pério- ses etc.

Quelle en est la cause?

La rareté de quelques-uns des accidents de la phase virulente serait-elle qu'apparente, c'est-à-dire ces accidents étant très-pré- es (comme par exemple la roséole) et ne faisant pas souffrir l'en- t, passent inobservés par les parents qui souvent les prennent r d'autres maladies passagères? Je crois qu'il en est ainsi.

Je dois également mentionner que l'évolution de la syphilis s les cas observés par nous n'a pas présenté de périodes bien stinctes, et souvent des manifestations diverses ont éclaté simul- ément, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, où des deux côtés à

la fois. En d'autres termes, il y avait là un mélange de lésions constitutionnelles et virulentes.

Nous pouvons diviser en trois, les formes sous lesquelles se sont présentés les diverses manifestations.

1° La forme légère et la plus fréquente, dans laquelle les diverses manifestations apparaissaient par poussées à la peau et aux muqueuses, et qui reparaissant à de fort rares intervalles et au plus une ou deux fois, sans dépasser 6—8 mois, disparaissaient à la suite du traitement, et sans plus revenir.

2° La forme moyenne, qui a été plus rare, dans laquelle les manifestations récidivaient plus souvent, présentant la même intensité et se répétant pendant plusieurs années.

3° La forme grave a été fort rare. Dans cette forme les manifestations syphilitiques ont réapparu à des intervalles plus ou moins fréquents, jusqu'à l'âge de 14 et même de 15 ans.

En ce qui regarde l'ordre dans lequel ont apparu les diverses manifestations de la syphilis héréditaire, nous avons:

Le coryza syphilitique;
les plaques muqueuses;
la roséole syphilitique;
l'écthyma »
les abcès syphilitiques.

Quant aux gommes et aux lésions osseuses syphilitiques chez les enfants elles ont été assez rares.

Ces dernières occupaient surtout les tibias, bien que les autres os n'en aient pas été exempts. Souvent concurremment avec les lésions osseuses ont existé aussi d'autres syphilides tardives (tubercules et gommes). Assez souvent, les enfants atteints de syphilis héréditaire deviennent tuberculeux plus tard et ces tubercules occupent les ganglions, les os et surtout ceux qui contribuent à la formation des articulations.

En général, fort souvent, ces enfants ont le type dit scrofuleux et que nous appelons tuberculeux.

Je dois encore mentionner que dans certains cas j'ai observé avec la roséole syphilitique des arthrites, arthrites qui apparaissent de préférence le plus souvent au coude et ensuite à l'articulation coxo-fémorale, ou scapulo-humérale, sans qu'aucun cas ait été noté aux autres articulations.

Ce que ces arthrites présentaient de caractéristique était une grande tuméfaction et la rapidité avec laquelle elles arrivaient

à la suppuration qui en général était fort abondante et sans que les os fussent atteints.

La grande intensité de l'inflammation explique pourquoi souvent les parties molles étaient sphacélés, circonstance, dont nous devions tenir compte, parceque en les débridant de bonne heure nous évitons le sphacèle des parties. Mais il faut noter que fort souvent ces arthrites, dans lesquelles l'articulation était ouverte, se sont guéries.

Ces arthrites sont-elles des arthrites infectieuses et non syphilitiques? Je crois qu'elles sont infectieuses.

J'ai constaté souvent l'influence de la syphilis sur la grossesse. Elle s'est traduite dans les cas que j'ai notés en avortement, naissance d'enfants morts-nés, naissance d'enfants syphilitiques.

Et plus il s'était écoulé de temps depuis que les parents et surtout la mère avaient contracté la syphilis, plus les accidents syphilitiques des enfants étaient légers même dans les cas où les parents n'avaient été soumis à aucun traitement anti-syphilitique.

Le traitement anti-syphilitique de la mère enceinte et qui avait déjà avorté (à cause de la syphilis) nous a permis de voir naître des enfants à terme et qui n'ont eu la syphilis que fort tard et légère, enfants qui ont parfaitement guéri à la suite du traitement.

Le traitement que j'ai employé consistait en frictions avec la pommade mercurielle forte, 2 grammes par jour, même chez les nouveau-nés. Les frictions étaient faites de la manière suivante: Le soir sur la poitrine et l'abdomen (1 gramme) et le matin sur le dos (1 gramme). Je préférais faire les frictions sur ces parties, parcequ'elles sont plus faciles à découvrir, en exposant moins l'enfant à être réfroidi.

L'enfant était mis chaque deux jours dans un bain savonneux et on prenait bien soin de garantir les aisselles, les plis inguinaux, les organes génitaux et les fesses contre les écorchures.

Le nombre des frictions nécessaires à la guérison a été de 8 à 16; car, à de rares exceptions, les accidents syphilitiques disparaissaient dans ce temps. Mais je mentionnerai que parmi les accidents secondaires, ceux qui ont disparu le plus tardivement ont été les plaques muqueuses, quelqu' ait été leur siège. La disparition tardive de quelques-unes est due peut-être à leur siège, tel que la commissure des lèvres, où les pleurs des enfants les faisaient se déchirer et saigner souvent, ou parcequ'elles se trouvaient aux organes génitaux ou à l'anus où elles se trouvaient à une température

constante et dans une certaine humidité, conditions qui sont suffisantes pour les développer, et encore plus pour les entretenir.

En même temps que les frictions, la mère, si l'enfant était au sein, était soumise (même quand elle n'avait jamais eu des accidents syphilitiques) à un traitement mercuriel, la liqueur de Van-Swieten ou le sirop de Gibert, 2 cuillerées par jour.

Les frictions mercurielles que nous avons employées à un degré aussi intense, et pendant une période de 17 ans, ne nous ont jamais donné la salivation, circonstance qui m'a fait me demander si elle existait chez les enfants, car je ne crois pas à son existence, attendu que dans les autres maladies comme la méningite ou la péritonite, où je les ai employées à doses élevées (8—12 grammes de pommade mercurielle forte dans 24 heures), il ne m'est pas arrivé de l'avoir notée, même une seule fois.

Ce que j'ai observé, et cela fort rarement, c'est la diarrhée, lorsque j'employais les frictions mercurielles, ou lorsque je me servais de calomel instillé dans les yeux, dans le cas de taches de la cornée, diarrhées qui sont plus fréquentes dans les cas de kératite (taches) traités par le calomel, que dans les frictions mercurielles où je ne les ai notées que quelques fois.

Quant au traitement par les injections sous-cutanées faites avec une préparation mercurielle, les essais que j'en ai faits m'ont donné les résultats suivants:

1° Ces injections sont tellement douloureuses qu'elles exaspèrent les enfants.

2° Elles donnent lieu fort souvent à des abcès.

3° Elles constituent un traitement incertain et plus long que les frictions.

4° Elles n'ont jamais amené la guérison.

Les accidents tardifs, tels que les tubercules syphilitiques ont été soumis au traitement mixte, et ceux qui étaient ulcérés, étaient de plus cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent et pansés avec une pommade mercurielle (précipité rouge) ou l'iodoforme, sans que l'iodol nous ait paru plus efficace.

Les accidents du côté des os ont été traités avec succès par l'iodure de potassium ou de sodium et j'ai obtenu des résultats dans un temps assez court.

Quant aux plaques muqueuses, outre les frictions mercurielles, je me suis servi contre elles des cautérisations avec le nitrate d'argent.

Coryza syphilitique. Le coryza syphilitique est très-fréquent chez les enfants, il paraît être la première manifestation de la syphilis héréditaire, car il n'est pas rare que les plaques muqueuses surviennent ensuite.

Soit qu'il ait débuté le premier, soit qu'il se soit manifesté en même temps que les plaques muqueuses, le coryza a été constant dans la syphilis héréditaire.

Mais quand l'écoulement des fosses nasales a été violent et purulent, mêlé d'un peu de sang et ayant une grande fétidité, la peau de la lèvre supérieure et des joues s'irrite et se crevasse; les crevasses prennent rapidement le caractère syphilitique et saignent avec beaucoup de facilité.

Dans aucun cas je n'ai observé l'ostéite des os et des cartilages du nez, pas plus que du plancher des fosses nasales.

Dans les cas de coryza syphilitique, la difficulté que les enfants éprouvaient pour téter était grande, par suite de l'obstruction des fosses nasales, obstruction qui gênait la respiration au moment de la succion, je me suis servi avec assez de succès de mèches graissées avec de la pommade au précipité blanc $^1/_{30}$ et enfoncées alternativement dans l'une et l'autre fosse nasale, où elles restaient deux heures.

Je noterai que les épistaxis sont fréquentes chez ces enfants, circonstance que le praticien doit éviter, attendu que non seulement ils affaiblissent l'enfant, mais encore empêchent la guérison des lésions locales. Ces hémorrhagies n'ont pas été rares, même dans les cas où les plaques muqueuses occupaient l'entrée des narines ou les commissures des lèvres, ainsi que la face cutanée (voisine de la muqueuse) de la lèvre inférieure.

---

Herr Mraček (Wien):

## Syphilis des Herzens.

Mit dem anatomischen Studium der hereditären Syphilis im patholog.-anatom. Institute des Prof. Kundrat beschäftigt, kam ich dazu, einige Fälle von hereditärer Herzsyphilis zu untersuchen; da jedoch die Besprechung dieser Erkrankung ohne die Mittheilung über acquirirte Formen der Herzsyphilis nicht gut thunlich ist, so will ich im Nachfolgenden einen Ueberblick über das ganze Thema der Herzsyphilis geben.

Unter den Befunden der Visceralsyphilis sind die pathologischen Veränderungen am Herzen wahre Seltenheiten, so dass man eine zeitlang an deren Vorkommen überhaupt gezweifelt hat. Die ersten über jeden Zweifel erhabenen Publicationen über gummöse Syphilis des Herzens verdanken wir Ricord, Lebert und Virchow.

Trotz dieser grundlegenden Arbeiten blieb eine grosse Anzahl von pathologischen Processen am Herzen unaufgeklärt, bis man die syphilitischen Gefässerkrankungen durch Lancereaux, Heubner, Köster, Friedländer, Baumgarten u. A. in ihren mehrfachen Formen kennen gelernt hat. Beweis dessen sind die häufigeren casuistischen Mittheilungen der letzten Jahre, welche die Herzerkrankungen in Folge von syphilitischen Affectionen der Gefässe kundgeben.

Die pathologischen Befunde in Folge von Syphilis am Herzen sind in zwei Gruppen zu trennen, nämlich solche, welche als directe Producte der Syphilis daselbst vorkommen, und solche, welche sich im Gefolge dieser Producte nothwendigerweise entwickeln. Was die ersteren anbelangt, so unterscheiden wir abermals zweierlei Arten ihres Auftretens, nämlich eine von dem Muttergewebe heterogene Neubildung, das Gumma, und eine specifische Entzündung, welche wir nach ihren Endstadien eine fibröse sklerosirende Myocarditis nennen müssen.

Wir finden zumeist beide Formen nebeneinander vor, wenn auch einmal die eine, das andere Mal die andere die vorwiegende ist. Beide Processe kommen als umschriebene auf kleinere Partien des Organs beschränkte Erkrankungen vor. Doch sind auch Fälle bekannt, wo die Myocarditis fibrosa sich über grössere

Abschnitte des Herzens ausgebreitet hat. Die Prädilectionsstelle für beide sind die Wandungen des linken Ventrikels, und es ist wahrscheinlich, dass die grössere Arbeitsleistung, welche diesem Abschnitte des Herzens zufällt, die Disposition zu den häufigeren Erkrankungen erhöht.

Die Gummata kommen fast ausschliesslich im Myokard vor, öfters mehr gegen das Perikard als gegen das Endokard zu gelegen, wobei sich bald die eine, bald die andere Umhüllungs- resp. Auskleidungsmembran des Herzens an dem Processe betheiligt.

Die meisten gummösen Knoten sind kirschkern- bis taubeneigross, doch sind auch solche von Billardkugelgrösse beobachtet worden. Die grösseren Knoten setzen sich stets aus mehreren kleineren Entwicklungsherden zusammen. Am Durchschnitt stellen sie meistens trockene, weisslichgelbliche käsige Massen dar, welche von einer bindegewebigen Verdichtung umgeben sind. Weiche Gummata mit schleimiger Grundsubstanz kommen am Herzen kaum vor.

Es ist sehr fraglich, ob diese gummatösen Ablagerungen resorptionsfähig sind, noch weniger aber können sie vereitern und nach Art gewöhnlicher Abscesse zerfallen, respective ihren Inhalt entleeren. Sie werden vielmehr lange Zeit abgekapselt unbemerkt getragen und erst post mortem zufällig aufgedeckt.

Die zweite Art der syphilitischen Producte ist die fibröse sklerosirende Myocarditis.

Wir finden häufig das Myokard zumeist mit Einbeziehung des Epi- oder des Endokards in weisslichgraue, schwielige Platten umgewandelt oder von weitverzweigten Streifen durchsetzt. Selten ist die ganze Dicke der Herzwand durch die schwielige Masse ersetzt. Mikroskopisch sehen wir den Process fast immer in stetem Wachsthum begriffen, denn man kann immer neben dem schwieligen Gewebe neugebildetes Bindegewebe und frische Granulationswucherung nachweisen.

Zu Beginn des Processes ist der Sitz der Zellenwucherung immer das Gewebe, welches die Zweige der Gefässe umgibt, und es ist sehr wahrscheinlich, dass der erste Impuls zu derartigen Entzündungen von der Wand der Gefässe selbst gegeben wird. Immer mehr und mehr kommt die Ansicht zur Geltung, dass die Syphilis die feinsten Gefässäste selbst oder die Vasa vasorum der grösseren Stämme befällt, sie zur Entzündung und Lumenverengerung bringt und sich von da aus in der Umgebung ausbreitet. Es ist dies schwer zu beweisen, weil uns die pathologischen Producte höchst

selten in den Anfangsstadien zur Untersuchung kommen, weil sie ferner in diesen Anfangsstadien wenig für Syphilis Charakteristisches darbieten und weil endlich gerade die afficirten Stellen des Gefässrohres schwer auffindbar sind, zumal die Syphilis selten die ganze Wand gleichmässig verändert, vielmehr sich nur auf kurze Strecken oder nur über ein Segment erstreckt.

Nach den Befunden, welche ich an Präparaten von hereditärsyphilitischen Kindern beim Studium der Darmsyphilis, bei Syphilis haemorrhagica und auch jetzt bei der Herzsyphilis gewonnen habe, waren die feineren Gefässzweige häufig der Mittelpunkt, ja der Ausgang solcher Infiltrationszustände.

Doch nicht nur die kleinen Zweige, sondern auch die grossen Coronararterien des Herzens werden, wie die Fälle von Ehrlich, Birch-Hirschfeld, Balzer und Palma beweisen, durch den Syphilisprocess krank gemacht und zeigen entweder eine typische Heubner'sche Degeneration oder eine Infiltration der Wandschichten mit einer oft bedeutenden Verengerung ihrer Lumina. Es würde uns zu weit von unserem Thema ablenken, wollten wir näher auf diese pathologischen Vorgänge eingehen, es genüge hier hervorzuheben, dass diese pathologischen Gefässveränderungen von grossen Nutritions- und Functionsstörungen des Herzens begleitet sind.

Wir kommen nun zur Besprechung der zweiten Gruppe, nämlich zu den aus den erwähnten syphilitischen Producten am Herzen resultirenden Consecutivveränderungen.

Durch die gummöse Neubildung wird ein Theil der Musculatur des Herzens verdrängt und geht durch Atrophie zu Grunde, ein Theil wird aber direct von der rasch wachsenden Granulationsmasse eingeschlossen und geht mit dieser die regressiven Metamorphosen ein.

Wir fanden in allen Gummen, selbst an den schon verkästen Stellen, schollige unregelmässige Reste von Herzmuskelfasern eingeschlossen. Doch ausgedehnter als das Gumma selbst ergreift die stets mit vorkommende schwielige Degeneration das Myocardium. Das wuchernde Bindegewebe drängt die Muskelbündel und die Fasern auseinander und bringt sie zur Atrophie und zum völligen Schwunde. Dieser Vorgang lässt sich am besten an dem Bindegewebe längs der Gefässzweige, welche sich vom Epikard in das Myokard einsenken, verfolgen.

Die früher erwähnten syphilitischen Vorgänge an den Gefässen haben je nach dem Grade der Verengerung oder Verschliessung der Lumina eine Ernährungsstörung der Herzmusculatur zur

Folge. Wir begegnen in Folge dessen in kleineren oder grösseren Abschnitten einer schwieligen Entartung oder selbst einer Nekrose der Musculatur. Führt die letztere nicht rasch zum Tode, dann entsteht eine demarkirende Entzündung, welche die nekrotischen Muskellager umsäumt.

Die nächste Folge ist, dass die übrig gebliebene Musculatur durch den Aufwand der Arbeit hypertrophisch wird, die Schwielen dagegen, namentlich dort, wo sie die ganze Wand des Herzens ersetzen, dem intramuralen Drucke während der Systole nachgeben und sich ausdehnen. Wir sehen somit eine Volumszunahme des Herzens in toto oder eine Ausweitung der Wand an einer Stelle, das sogenannte Aneurysma partiale cordis chronicum, entstehen. Solche Aneurysmen kommen meistens nahe der Herzspitze am linken Ventrikel vor. In weiterer Folge entstehen durch neugebildete Pseudomembranen über denselben partiele Verwachsungen beider Pericardialblätter oder die schwielige Wand wird mit der Zeit so dünn, dass sie einreisst und den plötzlichen Exitus letalis herbeiführt.

An den Vorgängen im Myokard betheiligen sich fast immer das Peri- und das Endokard. Wir sehen bindegewebige Verdickungen, ja auch Schwielenbildung im subserösen epicardialen Bindegewebe.

Selbstständige syphilitische Processe konnte ich bei hereditärer Syphilis als perivasculäre Infiltrationen mit Verdickung des epicardialen Gewebes constatiren. Lancereaux hat einen Fall von Gummabildung am Epikard beobachtet. Das Endokard wird nur mit dem Myokard zugleich verändert vorgefunden. Es sind dies fibröse und schwielige Verdickungen desselben, welche sich mitunter auch auf die Trabekeln und dle Papillarmuskeln erstrecken und diese zur Atrophie bringen. Die Chordae derselben sind verdünnt, oft ausgezogen. Es finden sich überdies in der Literatur Fälle verzeichnet, in denen kondylomartige Wucherungen an den Klappen, ulceröse Processe am Endokard und Abscedirungen der Herzwand mit Durchbruch derselben auf Syphilis bezogen werden. Alle diese pathologischen Veränderungen und Producte können, selbst wenn sie an syphilitischen Individuen beobachtet wurden, nicht als Producte der Syphilis angesehen werden.

Endocardiale Thromben kommen in den erwähnten chronischen aneurysmatischen Ausbuchtungen der Herzwand vor. Sie pflegen innig mit der Herzwand zusammenzuhängen und bestehen aus Massen von Fibrin, zu oberst aus faserigem Fibrin und Blutgerinnseln.

Klinisch werden die am Herzen in Folge von Syphilis vorkommenden pathologischen Vorgänge kaum aufgedeckt. Fast die Hälfte der bekannten Fälle stammt von zufälligen Befunden bei plötzlich Verstorbenen her. Die beobachteten Fälle wurden als Syphilis des Herzens nicht diagnosticirt. Sie boten die Erscheinungen der Hypertrophie, mitunter waren auch Geräusche über den Ostien hörbar, die meisten aber sind unter dem Bilde der Herzschwäche letal verlaufen.

Da aber die angeführten Processe erwiesenermassen durch Syphilis bedingt sind, so wird der Kliniker in geeigneten Fällen auch an die Möglichkeit eines solchen Vorkommens zu denken haben. Diese Aufgabe wird umso dankbarer sein, als man gerade in solchen Fällen therapeutisch dem leidenden Kranken sehr nützen kann, wie es mehrere Fälle aus der Literatur zur Evidenz dargethan haben.

Es folgen die Demonstrationen der von Professor Kundrat aus d. pathol.-anatom. Museum ausgestellten Präparate von Herzsyphilis:

1. Ein Fall von grossem Gumma im Conus arteriosus mit centraler spaltförmiger Erweichung und leichter Prominenz an dem Conus.

2. Ein Fall von combinirter gummöser und fibröser Myocarditis mit wandständigem Thrombus im linken Ventrikel bei Verdünnung der schwielig entarteten Partien.

3. Ein Fall von schwieliger Myocarditis mit Gefässentartung, bei welcher es zur Nekrose und Demarcation durch Entzündung im Myokard gekommen ist.

Hierauf folgt die Demonstration mikroskopischer Präparate über acquirirte und hereditäre Syphilis, Gefässverhältnisse und Infiltrationszustände, sowie die Entartung enthaltend. Die photographischen Aufnahmen, welche die Demonstrationen ergänzten, wurden von Dr. Preisecker im pathol.-anat. Institute angefertigt.

## Discussion.

**Hardy,** Paris. Il est très important pour les familles de savoir nd on peut déclarer des enfants à l'abri de toute manifestation syphilis héréditaire. Je voudrais savoir à quel âge M. Romniu a vu survenir les premières manifestations syphilitiques héréires. Pour ma part je n'ai guère vu la syphilis se montrer pour la mière fois après six mois; quand elle n'est remarquée qu'après cet , c'est généralement parceque les premières manifestations, très ères et peu apparentes, ont passé inaperçues.

**Romnicianu.** Nous recevons les enfants depuis leur naissance qu'à 16 ans, nous pouvons donc les suivre très longtemps. Il très rare de ne voir la syphilis se manifester qu'après six mois, ne l'ai vu que 27 fois sur 723.

Nous considérons l'apparition précoce comme si fréquente qu'il prudent de ne recevoir les nourrices que lorsque leur enfant teint six mois sans présenter de symptôme suspect.

**Hardy.** Je traite les enfants par les frictions d'onguent mercuriel dose de 1 gr. par jour. Je n'ai jamais vu de stomatite. Je n'ai ais obtenu aucun résultat favorable pour l'enfant en donnant mercure à la nourrice. Du reste je n'ai jamais fait d'injection.

**Romnicianu.** Ce n'est pas pour l'enfant que je donne du cure à la mère, c'est pour elle même. Je n'ai vu qu'une fois de salivation avant 11 ans quoique dans la méningite et la périite j'aie employé 15—40 d'onguent napoletain par jour.

**Feulard.** Dans le service de M. Fournier on traite les enfants édo-syphilitiques, par les frictions d' onguent napolitain à la e de 2 gr par jour. Quant à la salivation, je puis signaler l'exience de M. le Dr. Catuffe qui a traité la diphtherie chez les ants par des frictions de 10 et 12 grammes d'onguent napolitain n'a jamais eu de salivation.

**Hardy.** Moi, non plus.

**Neisser.** Gestatten Sie mir, dass ich zuerst einige Bemerkungen che im Anschluss an die von dem Herrn Vortragenden geübte ritik der Injectionsmethode bei syphilitischen Kindern. Derselbe erärte diese für durchaus schlecht, da er stets Abscesse und Infilationen in seinen Fällen durch dieselben erzielt habe. Die Versuche, lche wir selbst auf meiner Klinik sowie auch andere deutsche

Collegen, wie z. B. Epstein in Nürnberg, mit Injection löslicher wie unlöslicher Quecksilberqräparate angestellt haben, waren aber, wenn man die geeigneten Vorsichtsmassregeln beobachtete und entsprechend kleine Dosen anwendete, durchaus zufriedenstellend. Jedenfalls haben wir nicht ein einziges Mal die Behandlung aus den von dem Herrn Vortragenden angegebenen unangenehmen Nebenwirkungen aussetzen müssen.

Trotzdem stehe ich durchaus nicht auf dem Standpunkt, diese Injectionsmethode als eine besonders und immer empfehlenswerthe hinzustellen, wie ich ja überhaupt den Standpunkt vertrete, dass nicht eine einzelne Methode durchaus allen übrigen vorzuziehen sei. Ich habe jederzeit betont, dass jede Methode auf gewisse Fälle, für gewisse Zwecke, für gewisse Stadien der Syphilis anwendbar, eventuell besonders empfehlenswerth sei. Bei Kindern halte ich für die beiweitem beste Methode die von Unna angegebene Einwicklung mit Quecksilberpflaster. Sie gewährt eine vollkommene Sicherheit dafür, dass die Behandlung so durchgeführt wird, wie der Arzt es wünscht. Sie hat, wenn man gute Pflaster hat, keine andere unangenehme Nebenwirkung. Durch Urinuntersuchung ist es genügend festgestellt, dass eine Quecksilberresorption stattfindet, und dass eine genügende Heilwirkung eintrete, davon habe ich mich im Laufe der Jahre reichlich zu überzeugen Gelegenheit gehabt. Ich ziehe diese Methode bei kleinen Kindern allen übrigen vor, sowohl den Einreibungen wie den Injectionen wie den Bädern.

Was nun einige speciell von Neumann betonte Fragen anbelangt, so möchte ich zu dem von ihm wesentlich urgirten Satz, dass von secundären Symptomen zurückbleibende pathologische Producte es seien, welche für das Wiederauftreten tertiärer Erscheinungen verantwortlich zu machen seien, bemerken, dass das Vorhandensein solcher pathologischer Zellmassen, falls und wo sie existiren, höchstens als Prädispositionsstelle aufgefasst werden kann. Unter allen Umständen muss doch wohl ein neuer Reiz hinzutreten, der diese Zellmassenreste zur neuen Production anregt. Und ich glaube, dass wir dafür organisirtes Virus, also Bacillen oder ähnliche Mikroorganismen verantwortlich machen müssen. Die in den letzten Jahren speciell von Finger betonte Anschauung, dass es vielleicht chemische Stoffwechselproducte der Syphilisbakterien seien, die die tertiären Producte erzeugen, scheint mir doch noch zu unbewiesen. Die sogenannten Toxine werden vielleicht für die postsyphilitischen Erkrankungen, also Tabes, Dementia paralytica etc. verantwortlich gemacht werden können, aber die engere Gruppe der tertiären

Neubildungen wird man wohl doch auf Bacillen zurückzuführen haben. Allerdings wird man denselben eine abgeschwächte Virulenz zuschreiben müssen, denn thatsächlich ist weder klinisch noch experimentell eine Infectiosität tertiärer Producte auf gesunde Individuen nachgewiesen worden.

Ganz besonders möchte ich mein Einverständniss mit dem von Neumann heute wieder aufgestellten Satz erklären, dass der wesentlichste Factor für das Auftreten der tertiären Symptomenreihe ungenügende Behandlung sei. Alle Statistiken, die meinige inbegriffen, ergeben das gleichmässige Resultat, dass unter tertiärsyphilitischen Kranken die beiweitem grösste Anzahl gar nicht oder schlecht behandelt war. Nur wäre es besser, wenn aus diesen Statistiken vorderhand diejenigen Erkrankungen wie Tabes, Dementia etc., deren directer Zusammenhang mit der Syphilis doch wohl noch nicht über allen Zweifel festgestellt ist, weggelassen würden. Andererseits sollte ein grösseres Gewicht darauf gelegt werden, nicht bloss festzustellen, ob Kranke überhaupt behandelt waren oder nicht, sondern auch, wie zahlreich die in den ersten Jahren vorgenommenen Curen waren und in welcher Weise sie durchgeführt wurden. Wendet man in der Anamnese auf diesen letzteren Punkt eine grössere Aufmerksamkeit, so kommt man noch zu viel grösseren Zahlen, welche für einen Zusammenhang des Auftretens tertiärer Symptome mit ungenügender Behandlung sprechen.

Was die ausführliche Besprechung der sogenannten Syphilis, hereditaria tarda betrifft, so möchte ich bitten und vorschlagen diesen Namen ganz zu cassiren. Entweder nämlich handelt es sich um Spätformen im jugendlichen Alter bei weit zurückliegender bekannter intrauteriner oder extrauteriner Infection, also um Fälle, die nach keiner Richtung irgend etwas Aussergewöhnliches darbieten, andererseits glaube ich mit Bestimmtheit es aussprechen zu dürfen, dass zur Zeit ein sicher constatirter Fall von Syphilis hereditaria tarda im engeren Sinne nicht existirt. Mir wenigstens ist weder aus eigener Erfahrung noch in der Literatur ein solcher bekannt geworden. Die grosse Häufigkeit acquirirter Syphilis bei ganz kleinen Kindern einerseits, wie die Schwierigkeit, die oft ganz unbedeutenden, unscheinbaren Erscheinungen bei kleinen Kindern mit Sicherheit zu diagnosticiren, erklären zur Genüge die Thatsache, dass wir so häufig im jugendlichen Alter Spätformen sehen, wo weder die Anverwandten noch die vorher behandelnden Aerzte anamnestische Angaben über das Vorausgehen syphilitischer Symptome machen können.

Gestatten Sie mir zum Schlusse, auf die vom Herrn Collegen Mracek gemachten Bemerkungen über Herzsyphilis einzugehen. Ich theile mit ihm die Ueberzeugung — und seine zahlreichen Beobachtungen über Spätsyphilis im Herzen sind ein ganz besonderes Argument dafür — dass die Syphilis am Herzen viel häufiger ist, als wir es im Allgemeinen angenommen haben. Freilich wird dieselbe in den ersten Jahren der Frühperiode kaum mit Sicherheit zu diagnosticiren sein. Aber notorisch festgestellt ist die Thatsache — und ich verweise auf eine von Buchwald vor wenigen Jahren in Breslau gemachte Publication — dass eine grosse Anzahl Syphilitiker mit Herzbeschwerden von denselben mit Leichtigkeit und Sicherheit befreit werden, wenn eine entsprechende antisyphilitische Behandlung eingeleitet wird. Der Beweis, dass es sich um Herzsyphilis handle, ist kein stringenter, aber es scheint mir doch eine grosse Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit meiner Anschauung vorhanden zu sein.

Schwimmer (Budapest): Die geringfügigen Erscheinungen der Syphilis im ersten Lebensalter entgehen manchmal der Beobachtung und werden dann als spät auftretende angesehen. Bezüglich der Behandlung wende ich bei Kindern weder Einreibungen noch Einspritzungen, sondern Sublimatbäder oder Calomel innerlich 1—2 *cg* täglich, mit bestem Erfolge an. Ich habe nie von dieser Behandlung irgend welchen Nachtheil gesehen. Den Ausdruck tertiäre Syphilis möchte ich am liebsten ganz streichen und ihn durch die Bezeichnung »chronische Form« ersetzen, obwohl die Syphilis ja immer eine chronische Erkrankung ist.

Professor Lang: Auch ich kann die Pflastertherapie bei der infantilen Syphilis nur empfehlen; ich war mit den Erfolgen sehr zufrieden; über subcutane Injectionen im Kindesalter habe ich keine Erfahrung.

Für die pathologischen Producte der Spätformen der Syphilis sind Stoffwechselproducte des Syphiliscontagiums kaum zu beschuldigen; es wäre ja ganz gut denkbar, und ich will die Möglichkeit zugeben, dass gewisse Krankheitsäusserungen, etwa Tabes und Demenz, auf Einwirkung von Toxinen beruhen; bei den ausgesprochen serpiginösen Krankheitsformen handelt es sich jedoch gewiss um liegengebliebene, wenn auch in ihrer Natur veränderte Contagiumsresiduen, die, als organisirt gedacht, durch irgend einen Einfluss nach Jahr und Tag zur Propagation gelangen und nach Art von Culturen in serpiginösen Formen weiterschreiten.

Die Ausdrücke tertiäre Syphilis und Syphilis hereditaria tarda sind der Bequemlichkeit entsprungen; ich glaube nicht, dass ein Kliniker wohlconstatirte Fälle sog. Syphilis tarda kennt.

**Dr. Finger** betont, dass er in seiner Hypothese über die Entstehung der Tertiärproducte dem Virus noch insofern seinen Platz lässt, als dasselbe als Reiz wirken und Tertiärerscheinungen durch Irritation in dem von den Toxinen alterirten Organismus provociren kann.

In der Frage handle es sich nur darum, Virus und Toxine sind da, vermögen nun die Toxine noch ihre Wirkung zu äussern, nachdem das Virus eliminirt ist. Gegen die Ansicht Lang's wendet F. ein, dass dann nur Organe tertiär erkranken könnten, die schon im Secundärstadium krank waren.

**Lewin:** Verzeihen Sie es dem Pharmakologen, dass er auch ein Wort spricht; ich möchte nicht so sehr als Pharmakologe als als Toxikologe sprechen. Denn wie man die Frage auch drehen mag, zum Schluss bleibt sie eine toxikologische. Heute, wo wir mit allem erdenklichen wissenschaftlichen Material an die Lösung dieser Frage herangegangen sind, wäre es ein Fehler, nicht zu diesem Schluss zu kommen. Dann muss man aber auch toxikologisch denken. Die Supposition, dass es sich handeln könnte um ein Toxin, um ein Gift, muss als richtig angenommen werden, und wir können noch sagen, es handelt sich um ein verändertes Eiweissgift. Dieses kann die wunderbarsten Dinge machen; es kann sein, dass normales Körpereiweiss, aber auch circulatorisches Eiweiss — ich hebe dies ausdrücklich hervor — durch das syphilitische Virus zum Zerfall gebracht, Producte liefert, die giftig wirken, und in verschiedenen Fällen verschiedene Symptomgruppen bedingt. Aber ich muss dem entgegentreten, was Professor Lang sagt, dass es nämlich noch etwas Anderes gebe, dass ein Virus liegen bleiben könne und nach einer gewissen Zeit auf nicht chemischem Wege wirken könne. Ja, meine Herren, ich fasse Krankheit auf als Störung des chemischen Gleichgewichtes im Körper. Sie können sich keine Wirkung im Körper denken, die nicht endlich chemisch ist; es sind durchwegs chemische Wirkungen, die nur verschieden stark ablaufen, und wir haben heute sehr gute Vorstellungen darüber, warum einmal die Veränderung schnell abläuft, einmal langsam. Und mit Begriffen, die nicht ganz klar sind, kommen wir nicht zum Ziele. Was ist Contagium? Sagen Sie: ein chemischer Körper, so muss eine chemische Reaction eintreten: ich

möchte hier vom toxikologischen Standpunkte gegen ein solches Weiterspinnen der Ansicht mich aussprechen, dass es ausser einem chemischen Körper noch etwas anderes gebe, was einen derartigen Einfluss ausüben könnte.

**Lang.** Wenn wir auch sehr wohl wissen, dass die Contagien durch ihre giftigen Producte wirken, so muss der Kliniker doch festhalten, dass die Producte von einem organisirten Contagium, einem Contagium vivum abstammen. Es gibt ja verschiedene Gifte, pflanzliche, thierische und unorganische; bei den Spätformen der Syphilis können wir nicht davon absehen, dass es Contagiumsresiduen sind, die die Veränderungen bedingen; 20, 30, 40 Jahre und darüber zurückgebliebene Toxine könnten zur Erklärung für die pathologischen Producte der Spätformen kaum herangezogen werden.

**Lewin:** Ich habe auch nur die Bemerkung gemacht, wie ich die Fiction nicht aufrecht erhalten lassen will, dass das liegen gebliebene Contagium das schädliche Agens sein soll. Es ist immer eine chemische Einwirkung, mit der wir es zu thun haben. Wir sehen ja Aehnliches bei der Bleivergiftung.

Nach 2—3 Jahren bekommt der Betreffende, obschon er nie mehr mit Blei umgegangen ist, die Bleikolik.

**Neisser.** Ich glaube, dass College Lewin unseren Standpunkt verkennt; wir sind ja seiner Ansicht. Wenn man mit abgekochten Tuberkelbacillen inficiert, so gibt es auch einen Körper, der von den todten Bacillen ausgeht, aber der macht ein ganz anderes Product als der lebende Bacillus. Lewin hat Collegen Lang in der Hinsicht missverstanden.

**Romnicianu.** Je n'aime pas à donner des bains de sublimé aux enfants en bas âge, parce qu'il est très difficile de les y faire rester tranquilles et qu'on est très exposé à les voir boire l'eau de leur bain. Les injections sont encore dangereuses, parceque les enfants réagissent trop à la douleur; ils peuvent mourir subitement à la suite d'une douleur qui serait parfaitement supportable pour un adulte. Les emplatres ne sont pas sans inconvénients, ils sont trop irritants pour le peau si susceptible des petits enfants.

**J. Hutchinson** said that he had for some time made it a rule to give young children and infants as little mercury as possible. He was, and had always been, a strong advocate of the use of mercury in syphilis. In adults he knew of no objection to its use for, if judiciously employed, it generally did the health good. In infants however it was different for although it not rarely caused

obvious salivation yet it certainly did cause congestion of the gums and endangered the development of the permanent teeth. He believed that if infants took much mercury their permanent teeth were always defective in the formation of their enamel. This was a matter of some importance for »mercurial teeth« were both very disfiguring and very prone to break and to decay.

From the observation of many cases in which adolescent patients presented undoubted evidences of inherited taints but in which the infantile symptoms having escaped recognition, there had been no treatment, Mr. Hutchinson had come to the conclusion that mercury was by no means always necessary. He might even express doubt whether it was of much advantage, except in order to procure the disappearance of symptoms. It certainly did not prevent the occurence of keratitis at a later period. In syphilitic infants if the symptoms were severe, he held it absolutely necessary to give mercury and its action was usually most beneficial. Having regard however to the risk of damage to the teeth he was inclined to restrict its use to the smallest quantities necessary to save the child's life.

**Neumann:** Meine Herren! Wir haben zunächst die Syphilis hereditaria tarda und jene Krankheitsproducte zu besprechen, welche, aus dem recenten Stadium zurückgeblieben, die tertiäre Syphilis bedingen. Bezüglich des ersten Punktes habe ich mir selbst die Frage vorgelegt, ob ich in meiner langjährigen Erfahrung zweifellose derartige Fälle gesehen habe. Doch verfüge ich über keinen einzigen Fall, der ganz und gar jenen Bedingungen entspricht, die ich oben aufgestellt habe, nämlich: bei beiden Eltern oder einem von beiden muss vor der Conception Syphilis vorhanden gewesen, das Kind muss ohne Zeichen von Syphilis geboren, bis zum 13. oder 14. Lebensjahre und darüber gesund geblieben und erst später an tertiären Formen erkrankt sein. Nur aus theoretischen Gründen kann gegen das etwaige Vorkommen einer Syphilis hereditaria tarda nichts eingewendet werden, da die hereditäre Syphilis ebenso wie die erworbene zu verschiedenen Zeiten in Form tertiärer Affectionen zum Vorschein kommen kann und nicht abzusehen ist, warum gerade sie während der ersten Lebensperiode nicht latent verlaufen sollte. Weiters muss auch den Erfahrungen zahlreicher Autoren Rechnung getragen werden, welche derartige Beobachtungen verzeichnen, so namentlich Fournier, Hutchinson, Hebra und zahlreiche Augen- und Ohrenärzte. Was die zweite

Frage, die der Toxine anlangt, ist es begreiflich, dass wir diese, so lange wir nicht den Krankheitserreger kennen, als eine blos hypothetische aufzunehmen haben. Allein die klinische Beobachtung, dass die Syphilis häufig an solchen Stellen recidivirt, welche durch chemische und mechanische Einflüsse gereizt werden, das Auftreten von Papeln in der Afterfalte, desgleichen bei Rauchern auch in der Mundhöhle, hat mich veranlasst, an solchen Orten nach histologischen Veränderungen während des tertiären Stadiums der Syphilis zu forschen. Und da fand ich denn, wie bereits mehrfach mitgetheilt, an Orten, wo selbst eine Sklerose gesessen ist, so z. B. an der Lippe, nach Monaten und selbst nach Jahren bei anscheinend vollständiger Resorption des ursprünglichen Infiltrates noch proliferirende Zellen in der Umgebung der Gefässe angehäuft. So lange wir das Virus nicht kennen, müssen wir uns mithin mit der Annahme begnügen, dass aus dem ersten Krankheitsstadium in den Geweben zurückgebliebene Krankheitsproducte durch verschiedene Noxen zu neuerlicher Proliferation angeregt werden können.

---

## *IV. Sitzung. — 11 1/2 Uhr Vormittags.*

**Vorsitzender: Joannu.**

Herr Lewin (Berlin).

### Ueber die Aehnlichkeit mancher Blattkrankheiten mit Hautkrankheiten des Menschen.

Die starre Scheidung, die man früher zwischen Pflanzen- und Thierreich zu machen gewohnt war, beginnt sich in vielen Beziehungen als unhaltbar zu erweisen. Wir finden in beiden Gebieten mancherlei identische physiologische Vorgänge. Dem Magensafte des Thieres entsprechen die verdauenden Säfte der Carica Papaya auch von Urostigma Doliarium, sowie der Drosera-Arten, und der Caseïn fällenden Eigenschaft des Laabs entspricht diejenige der Whitania coagulans.

Aehnlichkeiten zwischen Erkrankungen der Oberfläche von Pflanzen und Menschen sind bisher seltener hervorgehoben worden. Auf eine solche will ich jetzt Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Ich lege Ihnen hier Blätter der Maba abyssinica vor, die Herr Georg Schweinfurt auf seiner letzten Reise in Nord-Ost-Afrika, in Ghinda, gesammelt hat und die ich seiner Freundlichkeit, sowie dem Entgegenkommen des Custos am königlichen botanischen Museum in Berlin, Herrn Hennings, verdanke.

Sie sehen concentrisch angeordnete, flach erhabene, an manchen Stellen nach dem Centrum hin braunschwarze, an der Peripherie weisse Plaques. Dieselben stellen einen Rostpilz: Aecidium rhytismatoideum var. Mabae Hennings dar, der das Blatt schwer geschädigt hat. Die eigenthümliche Anordnung im Fortschreiten, das bei diesem Pilz von der Peripherie zum Centrum vor sich geht, habe ich bei anderen Genera der Uredineen nicht so ausgeprägt gesehen, dass ich Ihre Aufmerksamkeit auf die

Aehnlichkeit in der Wirkung mit Trichophyton tonsurans an der menschlichen Haut hinlenken könnte. Hier ist die Aehnlichkeit der Blatterkrankung mit Herpes tondens (Ringworm) sehr ausgeprägt, und es wird gewiss Ihr Interesse erregen, diese Bildungen in den verschiedensten Stadien ihrer Entwicklung verfolgen zu können.

Handelt es sich in diesem Falle um einen Pilz, der das Blatt vernichtet, so kann ich Ihnen an einem anderen Blatte eine Aehnlichkeits-Beziehung der Erkrankung zu der Krätze darthun.

Sie sehen auf der Oberseite dieses Blattes von Lactuca muralis ganz unregelmässig im Zickzack verlaufende, sehr verschieden breite, weisse Linien, die sich in auffälliger Weise von dem umgebenden chlorophyllhaltigen Boden abheben. Dieselben stellen das Product einer Diptere aus der Gattung Phytomyza dar, die in das Blatt eindringt und in ihm ihre Gänge baut.

Auf der Unterseite des Blattes können Sie unschwer die Larven erkennen.

Falls diesen Verhältnissen mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde, könnte wahrscheinlich manche, auch medicinisch interessante Thatsache aufgefunden werden.

Nachtrag. Ich füge anhangsweise an, dass, nachdem ich diesen Vortrag gehalten hatte, Herr Radcliffe-Crocker Zeichnungen einer bei einem Kinde beobachteten, von ihm als »creeping disease« bezeichneten und wahrscheinlich durch ein Thier veranlassten Affection vorlegte, von der er selbst die ganz besonders grosse Aehnlichkeit mit der hier am Blatte dargestellten betonte.

## Herr Paltauf (Wien):

### Ueber lymphatische Neubildungen der Haut.

Ueber Aufforderung des Organisationscomités, speciell seines Präsidenten, Herrn Prof. Kaposi, habe ich es übernommen, über die »lymphatischen Neubildungen der Haut« einen zusammenfassenden Bericht zu erstatten, der zur Basis einer Discussion dienen könnte. Obwohl ich nicht dermatologischer Fachmann bin, so wage

ich mich doch an das Thema, da gerade die Ergebnisse der anatomischen Forschung für die Auffassung und Classificirung der hier zusammengefassten Processe den jeweiligen Untersuchern und medicinischen Schulen in Ermanglung klinischer und ätiologischer Momente massgebend waren. Zudem hatte ich Gelegenheit, an unserem pathologisch-anatomischen Institute mehrere Fälle dieser Art zu sehen, zum Theile auch zu obduciren.

Ich habe den Ausdruck »lymphatische Neubildungen« gebraucht, nicht dass ich alle diese Processe, die ich hier zum Gegenstande der Besprechung machen will, darunter zusammenfassen wollte, sondern weil für die Mehrzahl derselben, sei es anatomisch, sei es klinisch, ein Zusammenhang oder eine Analogie mit lymphatischen Bildungen gefunden oder vermuthet wurde. So hat die Pariser Schule, sowohl Dermatologen, als Histologen, den Process, der hauptsächlich in meinen Auseinandersetzungen besprochen sein soll, die Mycosis fungoides d'Alibert, als Lymphadénie cutanée aufgefasst. Neben derselben will ich die, allem Anscheine nach gewiss verwandte Lymphodermia perniciosa Kaposi's nnd schliesslich die Hautveränderungen bei Leukämie mit Einschluss derer bei Pseudoleukämie in den Bereich meines Themas ziehen.

Es würde zu weit führen, die ganze geschichtliche Entwicklung und detaillirte Beschreibung der nach Alibert »Mycosis fungoides« benannten Krankheit Ihnen vorzubringen, zudem ich die Ehre habe, ja gerade vor speciellen Fachmännern zu sprechen Des Zusammenhanges halber muss ich jedoch in Kürze das Gesammtbild der classischen Form der Mycosis fungoides wiederholen und will zunächst die Definition Bazin's anführen. [1]) Darnach ist dieselbe eine chronische Krankheit mit progressivem Verlauf, die häufig mit erythemartigen, lichenartigen Eruptionen beginnt und in ihrem Bestande charakterisirt ist durch wirkliche Geschwülste der Haut, die mehr oder minder zahlreich an Grösse, Form, ja auch der Farbe den Früchten von Lycopersicum (Paradiesapfel), tomâtes, vergleichbar sind.

Alibert, [2]) von dem die Bezeichnung Mycosis fungoides herrührt, kam zu derselben von der Aehnlichkeit, die er zwischen dem Gewebe der fungösen Auswüchse mit manchen Pilzen fand, die sich wie faule Früchte öffnen und eine jauchige, übelriechende Masse ausfliessen lassen — ein Vergleichsbild, welches auch bei

[1]) Dict. encyclop. des Sc. méd. 2. série, t. XI, 1876.
[2]) Cit. n. Bazin l. c.

verschiedenen späteren Autoren in ihrer Beschreibung vom Aufbrechen der Geschwülste angeregt wird.

Der Verlauf kann viele Jahre dauern; während im Durchschnitt etwa nach drei-, vier- oder fünfjähriger Dauer der prodromalen Hauterkrankung es zum, manchmal ganz rapiden, Aufschiessen der Geschwülste kommt, sind auch Fälle bekannt, wo erst mehr als 10, ja erst 17 Jahre nach dem ersten Auftreten [1]) jener ersten Hautaffectionen die Geschwülste sich entwickelt haben.

Die Krankheit befällt in der Mehrzahl Männer, gewöhnlich im mittleren und höheren Alter (von 32 Fällen fallen 19 in das Alter von 41—60 Jahren. nur 2 in die Zwanziger-Jahre), doch sind auch vereinzelte Fälle (Port) bekannt, wo die ersten Hautaffeetionen bereits im Kindesalter auftraten oder die Haut von Kindesjahren her bereits erkrankt war (II. F. Vidal-Brocqu, Ichthyosis?).

Als eine charakteristische Erscheinung der Geschwülste sei ihr rasches Auftreten, ihr völliges Involviren, sei es auf therapeutische Massnahmen (Arsen, Naphtol camphrée) oder spontan, so dass nur pigmentirte Flecke zurückbleiben, hervorgehoben; dieses Verschwinden der Tumoren kann innerhalb acht Tage eintreten (Köbner) und im bekannten Falle Bazin's (Herbette), wo die behaarte Kopfhaut der Sitz derselben war, blieb nicht einmal eine Alopecie zurück. Die fungösen Knoten und Auswüchse treten zumeist an bereits erkrankten Hautstellen auf. Besnier meint zwar, dass dies oft nicht sicher zu bestimmen sei, da bei den vorausgehenden Erkrankungen, die stellenweise kommen und wieder schwinden, die Beurtheilung, ob eine Hautpartie gesund war oder nicht, unmöglich sei. Es gibt aber doch sichere Angaben (Geber), wornach vollständig intact gewesene und gebliebene Hautstellen den Sitz von Geschwülsten abgeben können.

Bei dem chronischen Verlauf, welcher so wechselnde Bilder gibt, ist es erklärlich, dass man denselben in verschiedene Stadien eingetheilt hat. Im Allgemeinen werden vier Stadien oder Périodes unterschieden. Das erste Stadium bilden erythemartige, ekzematöse Erkrankungsherde, welche nicht selten bei Verblassen des Centrums sich in Kreisen ausbreiten, schuppen (Eczema squamos.) oder nässen und Krusten bilden (Eczema madidans), an einer Stelle beginnen und, mit der Zeit allmälig weiter schreitend, universell werden, sehr häufig heftig jucken. In einzelnen Fällen trat diese

[1]) Zwei Fälle Besnier's cit. in der franz. Uebersetzung von Kaposi's Handbuch der Hautkrankheiten, II. ed., S. II, p. 621.

Erkrankung ganz plötzlich über Nacht (Hillairet, Köbner), mit Fieber und unter rheumatischen Erscheinungen auf (Besnier[1]). Wie sonst derartige Affectionen, so gehen sie bald im Sommer zurück, ja schwinden vollständig, um das nächste Jahr wieder und in höherem Grade zu erscheinen (Besnier[2]) (p. initiale v. Fabre[3]), (I. St. Kaposi's).

Nach Monaten oder Jahren treten bleibende Papeln (meist mit heftigem Jucken) auf, es erscheinen einzelne ekzematöse Plaques mehr infiltrirt, glänzend, vorspringend, oder es erheben sich linsen- bis bohnengrosse Buckel und Knoten (II. Stad. Kaposi's, Stadium infiltrationis Köbner's, Période lichénoide Bazin's und Fabre's), woran sich manchmal ziemlich rasch und plötzlich, anderemale erst nach längerer Zeit, während welcher einzelne Infiltrate und Knoten wieder schwinden, die Entwicklung grösserer Knoten und Geschwülste anschliesst (III. St. Kaposi's, Floritionsstadium, Période intermédiaire v. Fabre), die Geschwülste können die Grösse eines Mandarin, ja einer Citrone erreichen, sind häufig leicht gekerbt oder gelappt, Paradiesäpfel (tomâtes), beerschwammähnlich (Köbner) oder in Haufen aggregirt und dadurch so geformt.

Während das Allgemeinbefinden im bisherigen Verlauf der Erkrankung nicht gelitten hat oder die Kranken nur durch das Jucken oder direct durch die Geschwülste Beschwerden hatten, kommt es nun sehr häufig zur Kachexie, dem vierten Stadium der Autoren. Kaposi schaltet vorher noch ein Stadium ulcerationis ein, welches in manchen Fällen ganz besonders entwickelt (Auspitz) ist und durch septische Infection zum letalen Ende führt (Fall Hammer-Rindfleisch u. A.).

In dieser Weise, bei verschieden langer, immer sich auf mehrere Jahre erstreckender Dauer führt das Leiden in der überaus grössten Mehrzahl der Fälle zum Tode. Als sichere Heilung ist nur der Fall Herbette (Bazin) bekannt, bei dem nach Erysipel die Geschwülste rasch verschwanden und bei 16jähriger Beobachtungsdauer kein Recidiv beobachtet war, und ein Fall Köbner's. Ledermann[4]) beschrieb allerdings zwei Fälle, die bedeutend gebessert, ja vollständige Remission der Erscheinungen zeigten (Arsentherapie), die aber vielleicht bei der kurzen Beobachtungszeit doch noch nicht als vollständig abgeschlossen zu betrachten sind, eventuell noch dem

[1]) l. c.
[2]) Obs. I., Journal des maladies cutanées 1892, Juin.
[3]) Acad. méd. de Paris 1879, séance 4. Nov.
[4]) Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1889, p. 683.

»état bénigne« in den neueren französischen Publicationen zuzuzählen sind, in welchem bei noch ungestörtem Allgemeinbefinden ein Schwinden der Geschwülste stattfindet.

Dies wäre der klinische Verlauf der sozusagen classischen Form der Mycosis fungoides der Autoren. Bevor ich auf eine Variante, die in einer Anzahl der hier einbezogenen Krankheitsfälle zu beobachten ist, aufmerksam mache, will ich die II. Form der Mehrzahl der Autoren nach anführen. Bereits Bazin hat angegeben, dass es auch zur Bildung von fungösen Geschwülsten komme auf vorher intacter Haut, ohne ein vorhergegangenes Initialstadium, ohne erythem- oder ekzemartige Veränderungen, ohne Infiltrate — Variété à tumeurs primitives — Type des tumeurs mycosiques d'emblée.

Vidal und Brocq[1]) heben diese Varietät speciell hervor und betonen bei ihrer Charakteristik, dass die Veränderungen viel mehr umschrieben, nicht so diffus auftreten als bei der I. Form, nicht generalisirt sind, nur einen oder mehrere umschriebene Tumoren darstellen und um soviel mehr Beständigkeit zeigen als sie weniger zahlreich sind. Man beobachtet nie ein ekzematöses oder lichenoides Vorstadium; doch ist auch diese Form weit entfernt, weniger unheilvoll zu sein als die andere, im Gegentheil sie führt vielleicht manchmal noch schneller zum tödtlichen Ausgang.

Dieser Typus ist sehr selten beobachtet worden, Kaposi hat keinen derartigen Fall gesehen, was vielleicht mit seiner Auffassung der Natur des Leidens zusammenhängen mag.

Er unterscheidet jedoch diese II. Variété der französischen Autoren als III. Typus, indem Kaposi[2]) als II. Typus eine Form des Verlaufes betrachtet, bei welchem das ekzematöse Stadium fehlt. Der Process beginnt mit der Erscheinung zarter flacher, kreuzer-, thalerstückgrosser, blassrother, derber, urticariaähnlicher, rundlicher Flecke, mit quälendem Jucken oder ohne dasselbe. Es kommt dann zu plattenartigen Verdickungen wie bei der Sklerodermie, nach 1—2 Jahren erheben sich dieselben stellenweise zu Knoten und die Entwicklung der fungösen Geschwülste mit dem weiteren Verlauf ist gegeben. Da auch bei diesem Verlaufe prodromale, der Geschwulstbildung längere Zeit vorhergehende krankhafte Veränderungen der Haut auftreten, Kaposi selbst zugibt, dass es auch Mischformen zwischen dem I. Typus und diesem gibt, so schiene es mir zum Gegensatze jener ohne jegliche Vorläufer auftretenden Form

[1]) Cit. nach Besnier's-Doyon's Uebersetzung Kaposi's.
[2]) Wr. med. Wochenschr. 1887, 19—22.

der Mycosis fungoides zweckmässiger, dieselbe nur als eine Variante der I. Form zu betrachten und im Allgemeinen doch unter dieselbe einzureihen, so dass man als I. (class.) Typus die Mycosis fungoides mit Prodromal-Erkrankungen und als II. Typus Mycosis fungoides ohne solche unterschiede. Ich werde im Verlaufe nur die beiden Typen unterscheiden, denn ich möchte auch »un troisième type« Besnier's, wornach neben dem Auftreten fungöser Knoten auf gesunden Hautstellen solche auch auf dem Niveau ekzematöser Plaques sich etabliren, nicht als einen besonderen anerkennen.

Ich möchte jedoch auf eine Varietät aufmerksam machen, die ausser im pathologisch-anatomischen Bilde auch klinisch bereits hervortritt (unter den Fällen des I. classischen Typus), welche früher gewiss nicht als solche betrachtet wurde, auch dermalen von den Autoren nicht als solche hervorgehoben wird und die doch für die Auffassung, welche die Mycosis fungoides durch eine Reihe von Jahren, durch zwei Decennien, von Seite der französischen Schule erfahren hat, von wesentlicher Bedeutung ist.

Es gibt nämlich eine Reihe von Fällen, bei welchen mit dem skizzirten Bilde der reinen Mycosis fungoides sich durch das Auftreten progredienter, zum mindesten stationärer und multipler Lymphdrüsenschwellungen, im weiteren Verlaufe auftretender Vergrösserung der Milz, manchmal auch der Leber, bei einer neben der Anämie einhergehenden leukocytämischen Blutbeschaffenheit, sich das Bild einer Pseudoleukämie (wie wir sagen) einer Lymphadenie oder Adenie (der Franzosen), verwebt und ersteres in letzterem aufzugehen scheint. Der erste derartige Fall scheint jener Gillot's gewesen zu sein, der genau histologisch von Ranvier untersucht worden ist, und da der histologische Befund mit dem Falle selbst in einer gewissen Uebereinstimmung stand, so resultirte daraus die Auffassung der Mycosis fungoides als einer »Lymphadénie cutanée«, analog einer L. liénale und einer L. ganglionaire,[1]) selbst bei Fällen, wo diese angezogene Varietät nicht vorlag, wie der Fall Demange's, den später Vidal und Brocq als ihrem zweiten Typus, der Mycosis fungoides d'emblée, zugehörig publicirten.[2]) Als gewiss mit Pseudoleukämie ähnlich sind nämlich die Fälle Gillot's, Landouzy's, Galliard's, beide Fälle d'Amici,[3]) der erste Fall Besnier's (in Kaposi's Handbuch) zu bezeichnen. An-

[1]) Demange.

[2]) Observ. I. l. c.

[3]) Der zweite Fall ist vielleicht sogar als Leukämie zu deuten, wie Funk annimmt.

deutungen pseudoleukämischer Veränderungen (Lymphdrüsenschwellungen, Milzschwellungen, Infiltrate im Rachen und Larynx, Rundzelleninfiltrate in der Lunge) finden sich in den Fällen Hillairet,[1]) Hammer-Rindfleisch, Besnier (2. F. Journal d. mal. cut. l. c.). Das Vorkommen von Lymphdrüsenschwellungen bei einer so schweren, langdauernden Hautaffection, namentlich, wenn sie mit Ulcerationen einhergeht, hat nichts Auffallendes, daher auch ein Mehr dieser Veränderungen nicht so sehr beachtet wird. Hält man sich aber vor Augen, dass zugleich jene Hautgeschwülste einen dem lymphoïden Gewebe ähnlichen Bau zeigen können, so ist die Anschauung von der Identität der beiden Processe enorm naheliegend. Diese scheinbar zwingende Kraft der Thatsachen der anatomisch-histologischen Forschung, die eine Unterstützung auch in anderen Veränderungen bei einigen Fällen fand, war es jedenfalls, die auch Bazin bestimmte, eine »Diathèse lymphadénique« anzunehmen »mais sans conviction, et en faisant des reserves«.

Bevor ich nun des Weiteren auf die anatomisch-histologischen Befunde der Mycosis fungoides eingehe, will ich die von mir untersuchten Fälle anführen. Dieselben weisen allerdings verschiedene Formen derselben auf; leider ist aber das Material doch nicht derartig, dass ich hoffen könnte, auch nur einen Bruchtheil der interessirenden Fragen zu lösen.

Der erste Fall ist von Kaposi[2]) bereits beschrieben, weil mir aber der histologische Befund von Bedeutung schien, so habe ich ihn hier noch einmal einbezogen; der zweite und dritte sind aber noch nicht publicirt. Es ist mir eine angenehme Pflicht, den Vorständen der betreffenden Kliniken Prof. Kaposi und Prof. Neumann für die Ueberlassung der Krankengeschichten meinen Dank an dieser Stelle auszudrücken.

Samuel G., 36 Jahre alt, auf der Klinik Kaposi im Januar 1887 aufgenommen[3]) war bereits im Jahre 1882 im Rothschild-Spitale beobachtet und ist eine Krankengeschichte von Auspitz aus dieser Zeit nachträglich publicirt worden. (Viertjsch. f. Dermat. u. Syph. »Zwei seltene Fälle multipler, geschwulstartiger Hauterkrankungen« von Auspitz's Schülern.) Vor 8 Jahren, also 1874, war von einem Arzte bemerkt worden, dass die Haut des Patienten von blauen Flecken übersät war; bald darauf trat eine Anschwellung der linken Rippe auf, die nussgross, von braunrother Farbe und derber Consistenz war. Dieselbe verschwand und im nächsten Jahre entwickelten sich flache Infiltrate an der Bauchdecke

[1]) Acad. méd. de Paris 1880, séance 7. Dec.
[2]) L. c. u. W. med. Wochenschr. 1888, Nr. 19.
[3]) Wr. med. Wochenschrift 1887, 19, 20, 21, 22.

und der Umgebung, die ebenfalls zurückgingen. Keine Syphilis. Bei der damaligen Spitalsaufnahme fand man an jener Stelle der Brust eine infiltrirte, vertiefte, röthlichbraun gefärbte glänzende Hautstelle. Die Bauchdecke, an der sich involvirte Stellen mit noch floriden, livid gefärbten Knoten finden, bietet ein geschecktes oder landkartenähnliches Aussehen. Die Knoten sind lividroth, hasel-, wallnuss- und darüber gross, schmerzlos und hart, die kleineren mit der Haut verschiebbar. Nach Markirung mit dem Lapis bemerkt man, dass ihre Involvirung von der Peripherie her statthat. Die grössten Geschwülste sitzen um den Nabel, so dass der Nabelring das Aussehen geschwellter Muttermundslippen hat, dann findet sich eine grössere Geschwulst zwischen Nabel und Symphyse und eine dritte in der Magengrube. Am Thorax harte schuppende Plaques, zu beiden Seiten der Wirbelsäule jüngere Knoten.

Im Juli 1883 waren die Geschwulstmassen um den Nabel geschwunden, auch die früher erhabenen Stellen der Bauchdecke abgeflacht. In der Gegend des mittleren Winkels der rechten Scapula eine haselnussgrosse, in der Umgebung einige kleinere Knötchen. In der Magengrube eine thalergrosse, rothviolette, schmerzhafte Geschwulst.

1885 auf der Klinik Kaposi beobachtet, zeigten sich an der Haut des Stammes (Extremitäten frei) blasse, blaurothe, wenig von der Haut vorragende, rundliche oder ovale Flecke und finger- bis daumenbreite Streifen, namentlich an der Vorder- und Seitenfläche des Thorax und des Abdomens, die theils umschrieben, theils untereinander confluirten, ferner erbsen- bis bohnengrosse, blassrothe, bläuliche Buckel und halbkuglige Knoten, die, zumeist zu Plaques zusammengedrängt, am rechten Rippenbogen einen 6 cm grossen, in der rechten Axillargegend einen bei 12 cm langen, 7—8 cm breiten Complex bildeten; hier sassen mehrere Knoten einer $1^1/_2$ cm vorspringenden Basis über einander auf, so dass sie gegen 7 cm hoch vorragten; an den Gipfelknoten war die Epidermis als hämorrhagische Blase abgehoben und lag eine dunkel blassrothe, leicht blutende Geschwürsfläche zu Tage. Eine dunkel pigmentirte, wie atrophische Stelle oberhalb der Regio pubica (Knoten im Jahre 1882). — Kein Jucken, kein Ekzem an der übrigen Haut.

Bei der zweiten Aufnahme im Jahre 1887 waren die Infiltrationsbänder des Abdomens weich, theilweise deprimirt geworden, der grosse Knotencomplex niedriger, an seiner Kuppe ein 3—4 cm Durchmesser haltendes Geschwür entwickelt, kleinere Knoten geschwunden, neue entwickelt. Die vorhandenen sind meist dunkelroth, mit glatter, glänzender oder auch fein gerunzelter Oberfläche, derbteigig oder matsch, fast fluctuirend.

Im späteren Verlaufe, während des Jahres 1887 [1]) boten die Tumoren einen ziemlichen Wechsel im Verschwinden vorhandener und Auftauchen neuer. Ein allseitiges Zurückgehen trat jedoch auch unter der Arsentherapie nicht auf.

Zu Ende des Sommers war der an der rechten Brustseite gelegene einer Tritonmuschel vergleichbare Tumor enorm herangewachsen. Auf der chirurgischen Abtheilung Prof. Weinlechner's am 31. August auf-

[1]) Kaposi, Wr. med. Wochenschrift 1888, Nr. 19.

genommen, zeigte sich in der Gegend der rechten Scapula auf breiter Basis ein etwa kindskopfgrosser (19 × 16 cm), aus mehreren Knoten zusammengesetzter, an dem grössten Theil der Oberfläche gangränös zerfallender, am Rande von rother, derber, warziger Haut bedeckter Tumor. Eine Anzahl grosser Knoten zerstreut in der Haut des Stammes, daneben auch einzelne Narben. Nach Einführung von Chlorzinkstiften ausgedehnter Zerfall, übelriechende Secretion, Zerfall der angrenzenden Tumoren, so dass eine Geschwürsfläche von 27 × 23 cm resultirt. Unter zunehmender Abmagerung Tod am 2. December.

Die von Dr. Zeman vorgenommene Obduction (Prot. LXXXIII, 6. Dec. 1887) ergab folgenden Befund:

G. S., 38jähr. Hausirer. Sarcomatosis cutis.

Körper mittelgross, stark abgemagert, schmutzig-weisslich, Brustkorb ziemlich lang, ziemlich breit und flach. Bauchdecke eingesunken, an der rechten Seitenwand des Thorax und nach hinten bis fast an die Wirbelsäule und von der Axilla bis an den Rippenbogen reichend eine ziemlich flache, etwas höckerige, sehr weiche Geschwulst, über der die Haut vollständig fehlt, so dass das röthlichgraue, stellenweise zerfallene, missfärbige Gewebe blossliegt. Die Haut an den Rändern infiltrirt, etwas härtlich, stellenweise mehr knotig; insbesondere an der unteren Circumferenz findet sich eine Gruppe von grösseren Knoten, zum Theil noch von Epidermis bedeckt. In grösserer Entfernung davon mehrere bis linsengrosse Knötchen unter der Haut. In der vorderen Thoraxwand ziemlich zahlreiche, sehr dünne, theilweise braun pigmentirte Narben, deren eine am rechten Rippenbogen etwa 4 cm lang, 2 cm breit ist und ohne deutliche Begrenzung in die benachbarte Haut übergeht. In der Höhe des Knorpels der VI. Rippe eine über bohnengrosse Stelle, wo die Haut blassgrau pigmentirt und mit über hirsekorngrossen Wärzchen besetzt ist. In der Linea axillaris links in der Höhe der VII.—VIII. Rippe und etwa 7 cm breit eine gewulstete Narbe in der Haut. Ueber dem linken Trochanter ein oberflächlicher, vierkreuzerstückgrosser Decubitus.

Haut an der linken Wade livid verfärbt, von teigiger Consistenz, um die Maleolen ödematös.

W. Schädeldecken mässig mit Blut versehen, Schädeldach kurz, oval, geräumig, etwas dünnwandiger, mit der Dura innig verwachsen, letztere blass.

Innere Meningen leicht getrübt, meist blutreich, stark ödematös.

Hirnsubstanz von mässigem Blutgehalt, etwas feuchter, die Kammern leicht erweitert, starrwandig.

Schilddrüse klein, stark colloïd. Luftröhre leer, Schleimhaut blass.

Linke Lunge frei, sehr stark gedunsen; Oberlappen ziemlich blass, Unterlappen etwas blutreicher, in den Bronchien sehr viel eitriger Schleim. Im Lungengewebe zerstreut einzelne bis erbsengrosse, ziemlich harte, nicht scharf begrenzte Knoten, stellenweise auch um die Gefässe kleine Infiltrate. Auf der Pleura cost. u. pulm. flache, grauweisse, opake Verdickungen, die stellenweise längs dem Bindegewebe als Infiltrate eindringen.

Rechte Lunge stark gedunsen und wie die linke Lunge sehr substanzarm und blass. In den Lungenvenen sehr zahlreiche und ausge-

breitete, dunkelschwarzrothe und röthlichgraue, obturirende Thromben. Um die Gefässe und in den interlobulären Spalten ähnliche Infiltrate wie in der linken Lunge.

Im Herzbeutel etwa 50 gr klaren Serums, Herz ungemein schlaff, sehr dünnwandig, Höhlen erweitert. Klappen zart. Herzfleisch gelblich, morsch.

Bauchraum fast ausschliesslich von dem von der Diaphragmakuppe bis ins kleine Becken reichenden Magen eingenommen, der vertical gestellt ist, so dass die grosse Curvatur nach links steht und die Pylorusgegend den tiefsten Punkt im Becken einnimmt. Auf der Serosa finden sich überall, ebenso im grossen und kleinen Netz hirsekorngrosse Knötchen, hin und wieder auch bis bohnengrosse, weissliche, beetartige, vorspringende Platten oder diffusere, nicht vorspringende, weissliche Infiltrate.

Leber von gewöhnlicher Grösse, blassgelbbraun von sehr zahlreichen miliaren bis bohnengrossen, weisslichen, ziemlich harten, scharf abgegrenzten Knoten durchsetzt.

Milz etwa aufs Doppelte vergrössert, mässig mit Blut versehen, etwas dichter, bräunlichroth.

Beide Nieren vergrössert, durch Einlagerung sehr zahlreicher, bis taubeneigrosser, weicher, auf der Schnittfläche glatter, fast homogener Geschwülste. Das Nierengewebe dazwischen blassröthlich. Kapsel leicht abstreifbar.

Dünndarm fast vollständig contrahirt, nahezu leer, ausserordentlich dünnwandig.

Schleimhaut des Dickdarmes blassgrau, sehr dünn.

Der durchgesägte Oberschenkel zeigt auf der Schnittfläche eine leichte Verdickung der Corticalis der Diaphyse, fast durchwegs Fettmark, in welchem besonders gegen das obere Ende zu ziemlich weiche, weissliche Knoten eingelagert sind. Ebenso findet sich auch ein taubeneigrosser und mehrere halberbsengrosse runde Knoten im Schweife des Pankreas.

Das pathologisch-anatomische Museum bewahrt die Präparate dieses Falles unter Nr. 4896 mit folgender Beschreibung.

4896. Lymphoma cutis ex mycose fungoide von einem 38jähr. Hausirer.

An der rechten Seite der Brust nach hinten bis nahe an die Mittellinie, nach oben bis in die Axilla, nach unten bis an den Rippenbogen, die Haut und das Unterhautzellgewebe bis auf die Fascie, zum Theile bis auf die Muskeln infiltrirt und grösstentheils substituirt durch eine speckig weisse, zum Theil weiche Aftermasse, in deren Centrum sich ein länglichrunder, über zweihandtellergrosser Substanzverlust findet, dessen Grund von einer mehr grauröthlichen, weichen, oberflächlich zerfallenden Aftermasse gebildet wird, welche sich in den centralen Antheilen in Form einer flachrundlichen, etwas lappig-höckerigen Geschwulst bis über das Niveau der stark aufgeworfenen infiltrirten, theils scharfen, theils lippenförmig verdickten, an der unteren Peripherie knotig verdickten Ränder erhebt und so von diesen wie durch einen 2—3 querfingerbreiten Graben getrennt ist. Darüber hinaus in der Haut auf weite

Entfernung hin linsenförmige Knoten, an der Vorderseite des Thorax kleinere, zahlreiche, zarte, theilweise braun pigmentirte und am rechten Rippenbogen eine undeutlich begrenzte, 4 cm lange und 2 cm breite weissliche Narbe.

Lungen, Pleuren, Peritoneum, Leber von kleineren, letztere selbst von miliaren weissen Knoten durchsetzt; in den Nieren mehrere haselnussgrosse bis taubeneigrosse, rundliche, zum Theil scharf begrenzte, medullarweisse speckige Knoten, im Kopf des Pankreas ein wallnussgrosses, im Schweif ein erbsengrosses, knotiges Infiltrat, in dem enorm ausgedehnten Magen neben halberbsengrossen, knötchenförmigen Infiltraten mehrere stecknadelkopfgrosse, rundliche Substanzverluste der Schleimhaut mit von gleichen medullaren Massen infiltrirten wallartigen Rändern und Grund. Auch das Mark des rechten Oberschenkels von weissen Knötchen besonders in dem oberen Theil der Diaphyse durchsetzt.

Von diesem Falle besitzt die histologische Präparaten-Sammlung des pathologisch-anatomischen Institutes ein Schnittpräparat; Dr. Lustgarten hatte dem Patienten einen Knoten entfernt und Schnitte dem Dr. Kolisko zur Untersuchung auf Mikroorganismen gegeben. Von diesen Schnitten ist jenes mit Hämatoxylin exact gefärbte Präparat erhalten, welches sehr instructive Befunde gibt. So weit am Präparat noch zu erkennen ist, scheint es in Sublimat gehärtet gewesen zu sein. Es stellt einen flach elevirten Knoten dar, der an der einen Seite ziemlich scharf begrenzt von normaler Haut umgeben ist, während das andere Schnittende noch Infiltration zeigt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt nun folgende Verhältnisse: Die Epidermis erscheint fast vollständig vorhanden und normal, mit einer dünnen Hornschicht; nur an ganz vereinzelten, fast mikroskopisch kleinen Stellen fehlt das Rete Malpighi und liegt eine röthlich (Eosin) tingirte Schichte der Cutis auf, die in der Umgebung mit der ebenso gefärbten Hornschicht zusammenhängt; in der basalen Schichte einzelne Zellen ganz vereinzelt mit feinkörnigem, gelbem Pigment gefüllt.

Der Papillarkörper ist vorhanden; mit zunehmender Elevation des Knotens verflachen sich jedoch die Papillen; an der Kuppe sind dieselben völlig ausgeglichen; hier erscheint der Papillarkörper etwas comprimirt, indem seine Bündel horizontal gelagert sind, und etwas zellreicher. An seiner Grenze, zugleich der Grenze des Knotens, sind stellenweise weite, mit einem Endothel ausgekleidete, meist in Längs- oder Schrägschnitten getroffene Hohlräume vorhanden, die einen körnig-krümligen, auch hyalin glänzenden Inhalt haben, in dem sich selten eine kleine Rundzelle findet. An einer der Stellen, wo die Epidermis nicht intact ist, findet sich ein grosser derartiger Hohlraum, welcher direct jener aus Hornlamellen und (serösem?) Secret bestehenden Kruste anliegt; in der nächsten Umgebung ist das Cutisgewebe, eigentlich noch der Papillarkörper von einem unregelmässigen, feiner und dicker balkigen, etwas glänzenden Netzwerk, ähnlich einem Fibrinnetze durchsetzt. Ferner finden sich an manchen Stellen zahlreiche, zu kleinen Haufen oder Klumpen aneinandergelagerte Zellen mit zweien oder mehreren, sehr langen Ausläufern, so dass sie geradezu als geschwänzt erscheinen, die sich mit Hämatoxylin intensiv färben und einen noch intensiver gefärbten oblongen

ern besitzen; sie gleichen jenen Wanderzellen, die sich sonst mehr ereinzelt finden, wie diese, auch manchmal der Epidermis angelagert, it den Fortsätzen oder auch zum Theil in derselben. Die Blutgefässe er Papillen der Umgebung erweitert, gefüllt, über dem Knoten anscheinend omprimirt, ihre Umgebung manchmal etwas zellreicher.

Die Hauptveränderungen sind im Cutisgewebe: dasselbe ist bis auf inen schmalen Randsaum von einem sehr zellreichen Gewebe so infiltrirt und substituirt, dass im Centrum des Knotens nur spärliche Balken des Cutisgewebes erkennbar sind, häufig Zellnester und Zellhaufen gebildet sind, in denen man keine Bestandtheile der Haut mekr erkennen kann, hie und da sieht man noch Haarbälge, Ausführungsgänge von Talgdrüsen, sowie in fast knötchenartigen Herden an der Grenze der Cutis und des subcutanen Gewebes einige Gänge der Schweissdrüsen, durch das zellige Infiltrat weit von einander getrennt. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die zellige Infiltration im Centrum des Knotens am mächtigsten ist, während sie an der Peripherie, namentlich an der einen erwähnten Seite netzartig zwischen die Bündel der Cutis weiter greift; an der Grenze zum Papillarkörper, auch sonst an der Peripherie bemerkt man jedoch auch fast scharf begrenzte, rundliche oder cylindrische und verzweigte Zellnester, besonders auffallend im anscheinend normalen oder nur wenig veränderten Theile, wo um eine Talgdrüse und um einen Talgdrüsenausführungsgang solche zellige Anhäufungen beginnen, auch schon entwickelt sind. Bei stärkerer Vergrösserung erkennt man nun die Zellen des Infiltrates nicht als gleichartig an Grösse, Form und der Tinctionsfähigkeit (Hämatoxylin) ihrer Kerne, es lassen sich zweierlei Arten unterscheiden, solche mit grösserem, meist ovalem, blässer gefärbtem, andere mit rundlichem, dnnklem Kern; hie und da glaubt man auch eine Anordnung der grösseren Zellen in den Infiltraten zu bemerken, besonders an jenen Zellnestern und Zellsträngen, die nur aus den Zellen mit grösseren Kernen bestehen und manchmal scharf durch fasriges Gewebe mit spindeligen Kernen abgegrenzt sind.

Bei sehr starker Vergrösserung (homog. Immers $^1/_{15}$) sieht man, dass die grösseren Kerne wenig chromatische Substanz haben, die netzig angeordnet ist, grössere Chromatinkörner enthält, die manchmal einen oder zwei Nucleolen bilden; wie schon gesagt, sind die Kerne oval, häufig unregelmässig mit manchmal mehr ausgezogenen Polen. Diesen Kernen gehören sehr zarte, granulirte Zellkörper an, deren Contour häufig nicht zu sehen ist; an dünnen Stellen und wo die Zellen nicht zu dicht liegen, erscheinen sie mitunter ziemlich gross, mehr plattenförmig, mit Fortsätzen, einem zarten Reticulum eingelagert, in das auch die Zellfortsätze einzugehen scheinen. Durch die Grösse ihrer Kerne, die manchmal schlauchförmige Anordnung, haben die Zellen oft Aehnlichkeit mit Lymphgefässendothelien; dann aber sieht man sie wieder an Stellen, wo keine compacten Infiltrate sind, den Bündeln der Cutis aufliegen, vergrösserten und gewucherten Bindegewebszellen entsprechend. An diesen Zellen lassen sich zahlreiche Mitosen erkennen, Mutter- und Tochtersterne, Knäuelformen, sie sind namentlich in den Herden häufig zu sehen, 4—5 im Gesichtsfelde, während in den Zellnetzen zwischen den Cutisbündeln dieselben spärlicher erscheinen; vielleicht ist das aber nur ein relatives Verhältniss.

Die kleinen Rundzellen mit wenig Protoplasma und dunklem Kern erscheinen in ungleichmässiger Weise vertheilt und überhaupt geringer an Zahl; an manchen Stellen ganz spärlich, treten sie hie und da häufiger auf; an solchen Stellen sind die grösseren Zellen öfters recht blass, vacuolisirt, manchmal kann man auch den Kern einer Rundzelle in ihnen eingeschlossen sehen; es finden sich nämlich kleine runde Kerne, die sehr dunkel gefärbt sind und gar keinen Protoplasmahof zeigen, auch kleinere Trümmer solcher Kerne sind stellenweise sichtbar, derartige Gebilde finden sich auch in den oben beschriebenen Zellen.

Die Gefässe capillaren Baues sind weit, haben grosse Kerne in der Wand, die, scharf umschrieben, keinen Zusammenhang mit den Elementen der Infiltration zeigt. Wie überhaupt mehrkernige Leukocyten nicht häufig sich finden — denn auch von den oben beschriebenen Rundzellen gehört nur ein kleiner Bruchtheil ihnen an — so findet man sie auch in den Gefässen nicht vermehrt, auch gar keine Ansammlung derselben um die Gefässe.

Die Kerne jener Zellen, welche die netzartige Infiltration der Cutis bilden, sind zumeist kleiner als die Zellen in den grossen Herden, oblong oder spindelig, aber desselben Charakters, wie man auch grössere, plattenförmige Elemente unter ihnen sieht; gar nicht selten ist es, dass man an einem Bindegewebsbalken eine Reihe von 6—8 Zellen mit verhältnissmässig grossem, oblongem Kern sieht — Bilder, die kaum anders zu deuten sind, als dass es sich um eine Vermehrung und Wucherung der Bindegewebszellen der Cutis handle.

Von diesem Falle sei bemerkt, dass er einer jener classischen Typen war, der nach 13jähriger Dauer zum Tode führte.

Fall II, ebenfalls der Klinik Prof. Kaposi's:

Holzhammer Anton, 73 Jahre alt, auf der Klinik Prof. Kaposi's aufgenommen am 6. Januar 1891. Patient leidet seit seinem 60. Jahre an Blasenbeschwerden und Urinretentionen. Vergangenes Jahr trat heftiges Jucken der Haut auf und mehlartige Schuppung; die Haut war dabei trocken, faltig. Zu ziemlich gleicher Zeit trat in der Gegend der Nasenwurzel eine bräunlich pigmentirte Beule auf, die auf Application eines Pflasters aufbrach und eine klebrige Flüssigkeit von braungelber Farbe secernirte. Sodann traten zerstreut auf dem Körper ähnliche braunpigmentirte Infiltrate auf, die wieder vergingen und einen Pigmentfleck zurückliessen, daneben traten wieder neue Knoten auf. Dies dauerte bis zum Spitalseintritte an. Pat. gibt an, sehr abgemagert zu sein.

St. pr.: P. mittelgross, abgemagert, Musculatur schlaff. Auscultatorisch Zeichen eines leichten Bronchialkatarrhs.

Die Blasengegend etwas aufgetrieben, Dämpfung bis zwei Querfinger unter den Nabel, auf Druck schmerzhaft. Prostata vergrössert, schmerzhaft. Rechtsseitige freie Leistenhernie.

Die Haut am ganzen Körper trocken, faltig, runzelig, atrophisch, ohne Elasticität, überall feinkleiig schuppend.

An der Stirne mehrere kreuzergrosse, blassbraune Pigmentationen, ebensolche linsen- bis halbkreuzergrosse im übrigen Gesichte. An der

Stirne eine leicht geröthete, schuppende Erhabenheit, am Rücken mehrere ekzematöse Plaques und viele blassbraun pigmentirte, diffuse Flecke. In der Kreuzgegend mehrere flache Infiltrate; an der Brust- und Bauchhaut viele Pigmentationen, in den Seitentheilen einzelne bis haselnussgrosse Infiltrate. An den Armen, besonders an den Beugeflächen der Gelenke ekzematöse Stellen, auch Infiltrate, sonst zerstreut dieselben Pigmentationen, wie an anderen Stellen. Haut der unteren Extremitäten ebenfalls atrophisch.

Holzhammer Anton, 73jähriger Pfründner, obducirt 16. Januar 1891.

Hypertrophia prostatae c. hypertrophia et catarrho chronico vesicae urinariae subsequente pyelitide et pyelonephritide purulenta. Granuloma fungoides.

Körper gross, kräftig gebaut, abgemagert. Allgemeine Decke sehr blass, etwas gelblich, an— — — oberen Extremitäten, Unterschenkeln dick, die Epidermis abschilfernd; stellenweise erscheint sie mit braunen, kreuzergrossen, central narbigen, pigmentirten Flecken bezeichnet, so namentlich im Sulcus bicipitalis des rechten Oberarmes, gegen das Ellbogengelenk von aussen; an der Vorderfläche des linken Oberschenkels, in der rechten Kniekehle je ein bohnengrosser, etwas livid gefärbter, weicher Tumor in der Haut tastbar.

Das Unterhautzellgewebe mässig fetthältig, die Musculatur braunroth, trocken. Schilddrüse etwas grösser, colloid — Lungen frei, ziemlich gross, atrophisch, vorne blutarm, hinten blutreicher.

Im Herzbeutel klares Serum, das Herz entsprechend gross, mässig fettumwachsen; linker Ventrikel starr — Klappen schlussfähig — Aorta starrwandig, ihre Intima in Form umschriebener Plaques verdickt.

Rechtsseitige, leere Leistenhernie; Peritoneum etwas klebrig. Leber atrophisch; Milz gewöhnliche Grösse, verdickte Kapsel. Gewebe weicher, grauroth, Follikel deutlich.

Nieren in verdichtetes Zellgewebe gelagert, auch die Kapsel dichter, mit rechts zahlreichen, links vereinzelten Absumptionen, daneben auch Gruppen hanfkorn- bis erbsengrosser Abscesse versehen, von punktförmigen Blutungen durchsetzt; die Becken erweitert, mit eitriger, ammoniakalisch riechender Flüssigkeit gefüllt, auch die Kelche ausgeweitet mit eitriger, ammoniakalisch riechender Flüssigkeit gefüllt, die Schleimhaut gewulstet, düster geröthet. Die Harnblase erweitert, in derselben eitrige urinöse, ammoniakalische Flüssigkeit; ihre Wand verdickt, die Innenfläche trabekelartig entwickelt, schiefergrau, schwärzlichgrau pigmentirt. Prostata sehr stark vergrössert, ihre Lappen fast kleinhühnereigross, bei Bildung eines fast haselnussgrossen mittleren Lappens die Schleimhaut der Urethra blass, sehr dünn.

Im Magen gallig gefärbte Flüssigkeit, die Schleimhaut schiefergrau, im Fundus schimmert ein erbsengrosses, scharf umschriebenes, verschiebbares Knötchen, das aus einem harten dichten Gewebe besteht, durch die Schleimhaut durch. Gegen den Pylorus zu eine weissliche, horizontal verlaufende Narbe. Schleimhaut des Dünndarms dunkelgrau. Zwei Querfinger oberhalb des Anus findet sich an der vorderen linken Wand des Rectums eine bei 5 cm lange, 4 cm breite Stelle, welche grauweisslich infiltrirt ist; das weiche Infiltrat der Ränder bei 2 cm dick, so dass sich das

ganze Infiltrat derartig pilzförmig vorwölbt, central aber eingesunken ist, leicht warzig-höckerig erscheint. In der oberen Hälfte findet sich noch ein bohnengrosses, höckeriges Infiltrat. Sämmtliche Partien weich ; die Ränder fast schlotternd.

Zur mikroskopischen Untersuchung gelangte der eine noch erhaltene etwa kleinbohnengrosse Tumor in der Haut des rechten Oberschenkels und zwei etwas eingesunkene, wie narbige Stellen vom Oberschenkel, wo früher Tumoren vorhanden gewesen waren. Die Stücke waren in Sublimat fixirt und in Alkohol nachgehärtet worden.

Der Knoten liegt ganz im Cutisgewebe; Epidermis und Papillarkörper sind erhalten; der letztere und die angrenzenden obersten Cutisschichten sind zellreicher und herdweise infiltrirt. Der Knoten setzt sich aus Herden und Nestern eines zellreichen Gewebes zusammen, in welchem man nur wenige Cutisbündel erkennen kann, während zwischen solchen grösseren Herden die Cutisbündel, durch Zellnetze und Infiltrate auseinander gedrängt, in verschiedener Mächtigkeit noch erkennbar sind.

Die Epidermis ist ziemlich intact, scheint hie und da mehr Wanderzellen zu enthalten; an ganz vereinzelten Stellen ist die Epidermisdecke abgehoben, und findet sich zwischen ihr und der Cutis ein von krümlig-fadigen Massen erfüllter Spalt, der manchmal scharf begrenzt ist, andermale durch die Lockerung der Retezellen und die Anhaftung der Gerinnsel einer solchen scharfen Begrenzung entbehrt. Noch seltener tritt eine feinfädige Masse in der Kuppe der Papillen auf, deren Begrenzung dadurch undeutlich wird.

In den obersten Cutisschichten, sowohl im Bereich des Knotens als namentlich in seiner Peripherie, erkennt man scharf umschriebene Zellanhäufungen, die oft ziemlich lang gestreckt zwischen den Bindegewebsbündeln oder mehr schräg, seltener geradezu, senkrecht dieselben auseinanderdrängend und durchbrechend verlaufen, um Blutgefässe oder in ihrer nächsten Nähe entwickelt sind. Die Gefässe der Papillen oberhalb des Knotens erweitert und gefüllt, das Gewebe um sie, namentlich aber an ihrer Basis zellreich. Auch in tiefer gelegenen Herden sind Gefässe deutlich sichtbar, namentlich in den tiefsten, wo dickwandige Arterien und weite Kerne sich finden; an einzelnen der grösseren Arterienäste erscheint die Media hyalin glänzend. Sehr zahlreich sind die Gefässe in den Infiltraten bei Sy. 5 sichtbar, wo weite Capillaren zu differenziren sind, die eine verhältnissmässig dicke Wand besitzen, deren Endothelien grosse, stark vorspringende Kerne zeigen, aus zwei Lagen von Zellen gebildet sind, ähnlich den Gefässen älterer Wundgranulationen, z. B. von Fussgeschwüren.

Bei dieser Vergrösserung erkennt man auch, dass die die Infiltration bildenden Zellen nicht gleichartig sind, zunächst sind es grössere, mehr platte Zellen, auch mit Ausläufern und Fortsätzen, zartem Protoplasma, unregelmässigen, oblongen Kernen, die sich blass, manchmal so blass tingiren, dass sie erst bei sehr starker Vergrösserung erkennbar sind; dieselben liegen zwischen zarten Bindegewebsbündeln wie in einem Netzwerke, das sie auch durch ihre Fortsätze manchmal zu bilden scheinen; sie liegen auch direct Cutisbündeln auf, von denen manchmal noch grosse Durchschnitte in den Herden vorkommen. Dazwischen liegen nun ohne bestimmte

Anordnung kleine Rundzellen mit wenig Protoplasma, dunkelgefärbtem Kern; seltener ist letzterer fragmentirt wie bei polynuclearen Leukocyten. Solche finden sich auch in den Gefässen nicht vermehrt. In diesen Infiltrationsherden ist die Continuität der Cutis vielfach vollkommen gelöst, wenn man auch noch Bündel derselben in ihnen, besonders aber dem Rande zu findet; aber in anderen, wenn auch nicht so grossen Herden, die aus den grösseren Granulationszellen bestehen, ist die fasrige Zwischensubstanz noch erhalten, so sind z. B. jene an der Basis der Papillen gelegenen Herde und andere, die aus nur circa 12—15 Zellen in der Fläche bestehen, beschaffen; an solchen sieht man auch die Uebergänge zur Structur der grösseren Herde, indem man deutlich sehen kann, wie das feine Reticulum zwischen den Zellen mit den Bindegewebsbündeln der Umgebung zusammenhängt. In manchen der grossen Herde erscheinen die grösseren Zellen auffallend blass, die Kerne sind fast ungefärbt, während die Rundzellen reichlicher sind als in anderen. Wie schon früher gesagt, sind die Gefässe sehr deutlich erkennbar und obwohl ihre Wandkerne sehr gross sind, die Wand auch dicker, so sieht man doch nirgends eine Anordnung der Zellen des Infiltrats, welche auf eine Wucherung der Wandelemente schliessen liesse; die Gefässe sind immer scharf abgegrenzt, nur die feinen Septa des Reticulums scheinen an ihnen ab und zu zu inseriren, sind vom Gewebe nur umscheidet, ganz ähnlich wie die Nervenstämmchen, an denen bezüglich der Menge der Kerne, Anordnung der Fasern keine Veränderung zu constatiren ist.

In der Mehrzahl der grösseren, namentlich der tiefer gelegenen Herde findet man noch Schlingen der Knäueldrüsen, die auseinander gedrängt sind, oder man findet einen Schräg- oder Längsschnitt des Ausführungsganges, der ganz vom Infiltrationsgewebe umscheidet ist, während der Knäuel dem letzteren nur anlagert. Die Canälchen sind meist weit, ihr Epithel von der Wand abgehoben, wie ungeordnet, von fädigen Gerinnungen umsponnen, in den Ausfuhrsgängen findet sich auch manchmal eine feinkörnige, von Kerntrümmern durchsetzte Masse. Auch wenn der Knäuel nur dem Infiltrat anliegt, nicht in dasselbe eingelagert ist, sind die Schläuche erweitert, die Epithelien hell, gross, ungeordnet, von blasigen Hohlräumen durchsetzt oder solche Bildungen (Tropfen) im Innern.

Bei Färbung mit Fuchsin, Saffranin sieht man auch Zellen mit grob granulirtem Protoplasma (Mastzellen) und zwar zumeist im Papillarkörper, dann in der Peripherie der Infiltrate, seltener in ihnen. Vereinzelt kommen auch hyaline Kugeln in den Zellanhäufungen vor.

Im Bereich des Knotens, an seinem Rande sind die Arterien, wie schon erwähnt, dickwandig, die Kerne der Media theilweise ganz verschwunden, dieselbe entweder hyalin oder auch von einem feinstreifigen Aussehen. Die Gefässe des subcutanen Bindegewebs normal, wenn auch weit und mit Blut gefüllt. Die tiefsten Cutisschichten und die Unterhautzellgewebe sind von den zelligen Herden ganz frei.

Die eine der Stellen, wo ein Tumor zurückgegangen war, zeigte noch deutliche Infiltration des Papillarkörpers und eine etwa hirse-

korngrosse, im Centrum der Cutis gelegene Insel des Infiltrationsgewebes an die Knäueldrüsen heranreichend, die noch einbezogen sind und in der Umgebung noch mehrere mikroskopische Knötchen, in deren Centrum meistens einzelne Gänge der Schweissdrüsen erkennbar sind. Das Cutisgewebe zwischen diesen Inseln aus dicken Bündeln bestehend, wie normal zellarm, nur in einzelnen Spalten namentlich um Blutgefässe herum Zellenhäufungen, die von hier ausstrahlend ein weitmaschiges Netzwerk bilden, an dessen stärksten Knotenpunkten zumeist eben Gefässe sich finden.

Die Papillen sind theilweise noch vergrössert und verbreitert, ihre Gefässe weit und umlagert von dem oben beschriebenen, zumeist aus grösseren Zellen bestehenden Gewebe, das sich in Form von schräg verlaufenden Fortsätzen längs Gefässen hie und da in das derbe Cutisgewebe erstreckt. Die Zellen zeigen denselben Charakter, nur erscheinen sie und ihre Kerne wie etwas geschrumpft; manche sind ganz ungefärbt, etwas granulirt, der Kern noch angedeutet, oder es haben einzelne ein hyalines Aussehen, wie auch vereinzelt hyaline Kugeln vorkommen. Die Inseln von Infiltrationsgewebe bestehen aus denselben Zellen, nur finden sich viel mehr Rundzellen mit gleichmässig dunklen Kernen als im früher beschriebenen Knoten; zwischen ihnen sind aber immer noch die oft sehr blassen grösseren Zellen, allerdings in geringerer Anzahl, und das Reticulum, dessen Zusammenhang mit dem Cutisgewebe an der Peripherie oft deutlich ist, zu erkennen. Im Papillarkörper auch zerstreut in der Cutis, um, weniger in den Infiltraten sind ziemlich feinkörnige Plasmazellen vorhanden, deren Granula sehr fein, häufig einen etwas gelblichen Ton bei der Saffraninfärbung annehmen. Die Gefässe sind verhältnissmässig dickwandig, die Kerne der Wand nicht so gross, blass, sondern mehr spindelig, dunkler gefärbt, die Wand häufig etwas streifig, an grösseren Gefässen, an welchen eine Media vorhanden ist, erscheint diese verdickt, theils hyalin, theils mehr streifig, die Kerne theilweise undeutlich und verschwommen.

Nur Spuren mehr der vorausgegangenen pathologischen Veränderung, ihrer Art nach gar nicht mehr erkennbar, zeigte die andere der untersuchten, atrophirten Stellen.

Hier ist Epidermis und Papillarkörper fast normal, nur die Hornschicht erscheint mächtiger und sich abschülfernd, hie und da in der Basis des Papillarkörpers noch einige kleine Zellanhäufungen aus gelbliches, körniges Pigment führenden Zellen, solche auch vereinzelt; an den Blutgefässen ganz geringe Zellanhäufungen, die auch den Eindruck machen, als ob sie zusammengesintert wären, sich theilweise diffus färben. Die Continuität des Cutisgewebes, welches wie normal zellarm ist, erscheint vollkommen erhalten, nirgends ist ein Narbengewebe zu erkennen; nur um einen Haarbalg herum findet sich dichtes, fasriges Gewebe, das nach der Oberfläche zieht, hier und um eine Talgdrüse finden sich noch kleine Haufen von Spindel- und Rundzellen desselben Charakters, wie früher beschrieben, aber kleiner und protoplasmaärmer, mit gleichmässig dunkel sich färbenden Kernen. Auch an einzelnen Schweissdrüsen finden sich noch kleine Reste eines Infiltrates, die Mehrzahl ist frei davon; diese zeigen eine etwas verdickte Membrana

propria, unter ihrem von farblosen Kugeln durchsetzten Epithel schimmern die Muskelfasern durch. Der Querschnitt eines grösseren Arterienastes zeigt eine verdickte Media mit undeutlichen, wie verschwommenen Kernen, ähnlich wie im vorher beschriebenen Präparate.

Die Wucherung im Rectum erwies sich als eine von den Drüsen ausgehende Neubildung; die Epithelien der weiten alveolaren Räume hoch und schmal, sehr reichlich, das Stützgewebe und der Grund kleinzellig infiltrirt, doch ist die Neubildung noch auf die Schleimhaut beschränkt.

Der dritte Fall betraf einen 30jährigen Mann der Klinik Neumann.

Nowosat Joh., 30j. Schuhmacher aus Jaroslavic, Mähren, aufgenommen am 20. Mai 1891.

Pat. erkrankte im December 1890 am rechten Oberschenkel und in der Genito-cruralfalte an elevirten, braunroth-lividroth gefärbten, kreuzer—haselnussgrossen Infiltraten und Knoten: er consultirte einen Arzt, welcher eine Medicin und 35 Einreibungen von Ungu. ciner. verordnete. Im Januar 1891 verbreitete sich der Ausschlag über den ganzen Körper, wo er jetzt noch fortbesteht. Derselbe soll in Form rother Flecken, die sich nach und nach infiltrirten und dann erst die Knotenform annahmen, entstanden sein. Die ältesten Knoten sind am Oberschenkel und der Genito-cruralfalte aufgetreten, dann folgten die der Kopfhaut und des Gesichtes, dann die des übrigen Körpers. Während der Zeit hatte er rheumatische Schmerzen in Hand- und Kniegelenken.

Status praes.: Pat. gross, kräftig, ziemlich gut entwickelter Musculatur. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt ausser einer leichten Dämpfung ROH. nahe der Wirbelsäule und grossblasiger Rasselgeräusche über beiden Lungen, namentlich unten, nichts Abnormes. Herztöne rein.

Die Haut zeigt folgende Veränderungen: Gesichtshaut bläulichroth verfärbt, und zwar besteht die Färbung theils aus im Haut-Niveau befindlichen, theils aus elevirten Stellen, die wieder punktförmige erhabene Efflorescenzen zeigen. Die Augenbrauenbogen vorgewölbt, daselbst hirsekorngrosse, mit serösem Inhalt versehene Efflorescenzen.

Aehnliche Veränderungen zeigt die Stirne; an der Kopfhaut halbkuglige rothe und lividroth verfärbte, breit aufsitzende Geschwülste, in deren Mitte die Ausführungsgänge der Haarbälge sichtbar sind.

Die übrige Haut lividroth, mehr rostbraun gefärbt, bleibt unter dem Fingerdruck; stellenweise finden sich über das Niveau vortretende, scharf begrenzte Geschwülste; über einigen ist die Epidermis zu einer mit serösem Inhalt gefüllten Blase abgehoben, bei anderen ist der Inhalt resorbirt, die Epidermis gewulstet.

In den unteren Extremitäten haselnussgrosse Knoten, bei einzelnen die Epidermis eingerissen, mit Exsudat bedeckt.

Temperatur schwankt Morgens und Abends zwischen 36·5 und 37·6. Arseninjectionen.

31. Mai. Einzelne Knoten mehr infiltrirt, die lividroth verfärbten Stellen praller. — Pat. klagt über heftige Schmerzen im rechten Knie. Daselbst Ballotement zu fühlen. Andauerndes Fieber, Husten; ausgedehntes Rasseln, fast bronchiales Inspirium.

3. Juni. Nach 15 Arseninjectionen die Knoten etwas weniger infiltrirt, schmutzig rostbraun, die früher prall gewesenen etwas verkleinert.

15. Juni. Temperatur 38·8. — Gelenke weniger schmerzhaft.

16. Juni. Temperatur Früh 40·2, Abends 40·4.

17. Pat. athmet schwer und klagt über Schmerzen beim Schlingen. Die Schleimhaut des Mundes lividroth, Gaumenbogen und hintere Rachenwand stark infiltrirt, lividroth, Stimmbänder verdickt.

Während der 28 Tage, seit der Pat. eingetreten, sind folgende Veränderungen bemerkbar: Der Kranke ist stark abgemagert; das Hautcolorit an den Stellen, wo keine Geschwülste sind, wachsgelb, an den anderen Stellen weiss, anämisch. Die Geschwülste zum grossen Theile collabirt, theils gelblichweiss, theils rostbraun, an ihrer Basis wie eingeschnürt, schwammartig aufsitzend. Die Geschwulst an der hinteren Fläche des Oberschenkels zeigt in ihrer Consistenz wenig Veränderung, erscheint ähnlich einem Naevus flammens; Leichenflecken ähnlich erscheint stellenweise die Gesichtshaut, wo entsprechend dem Collaps auch die Geschwülste zumal an den Augenbrauenbogen eingesunken, auch die scharf umschriebenen um die Hälfte reducirt sind; sämmtliche zeigen deutlich die Bälge der ausgefallenen Haare.

Sehr interessant gestalten sich die Verhältnisse an den unteren Extremitäten, wo sich als Reste der pathologischen Veränderungen gelblichweiss und rostbraun gefärbte Flecke finden, die mit den umschriebenen Geschwülsten einerseits und zahlreichen diffusen Neubildungen anderseits der Haut ein kaleidoskopartiges Aussehen verleihen. Der acute Collaps in den Efflorescenzen, zusammengehalten mit den Allgemeinerscheinungen, spricht deutlich dafür, dass der ganze Process einer starkvascularisirten Neubildung entspräche, die rasch zum Tode führt.

Unter Zunahme der Dyspnoë bei starker ödematöser Schwellung des Gaumens und der Uvula, auch der hinteren Rachenwand tritt während der Vorbereitungen zur Tracheotomie der Tod ein.

Die Obduction, von Dr. Kolisko am 18. Juni 1890 vorgenommen, ergab folgenden Befund:

Der Körper über mittelgross, von kräftigem Knochenbau, aus gut genährtem Zustand stark abgemagert. Die allgemeine Decke zeigt fast allenthalben, am ausgebreitetsten im Gesichte, am Thorax und den oberen Extremitäten — ausgenommen erscheinen nur die Haut der Hände und der Füsse, der Achselhöhlen und die Streckseite der Kniegelenke — dunkelviolette, meist ausgedehnt confluirende, flache oder leicht erhabene Flecke, die namentlich an den etwas erhabeneren Stellen sich derber anfühlen als die übrige blasse, normal aussehende Haut.

Diese violetten Stellen erscheinen im Gesicht so ausgedehnt confluirt, dass dasselbe mit Ausnahme der freien Lider und des Nasenrückens dunkelviolett gefärbt erscheint. An der Haut der Stirne sind sie ziemlich derb anzufühlen, zeigen oberflächliche leichte Unebenheiten. Innerhalb

der behaarten Kopfhaut gehen sie in mehr umschriebene violette, knotige Infiltrate über, von denen die meisten zu bis haselnussgrossen weichen tumorartigen Massen angeschwellt erscheinen. Von solchen Tumoren, etwa 20 an Zahl, erscheint die behaarte Kopfhaut bis gegen die Scheitelhöhe zu besetzt, während am Hinterkopfe wieder zumeist nur flach erhabene, dunkelviolette Flecke sich finden. Die Oberfläche der Tumoren ist theils glatt und mit prall gespannter, meist der Haare entbehrender Epidermis überzogen, theils von runzeliger auch von Epidermis gebildeter Oberfläche. Ein Einschnitt in einen solchen Tumor zeigt, dass die Cutis und das subcutane Gewebe von einer grauröthlichen, trüben Saft gebenden Gewebsmasse infiltrirt sind, welche ohne Grenze sich allmählig in dem benachbarten normalen Gewebe verliert. Diese Gewebs-Infiltration reicht an den Tumoren bis an die Epidermis, an den weichen erscheint sie viel saftreicher, und kann man nach Abstreifen des Saftes sehr deutlich ein Auseinanderdrängen der Cutisbündel erkennen.

An der Brusthaut findet sich beiderseits unterhalb der Brustwarze je ein kreuzergrosser, etwa 4 mm vorspringender, einen leicht überhängenden Rand besitzender flacher Knoten, der von weisser gerunzelter Epidermis überkleidet ist und auf dessen Schnittfläche über der derben weissen Cutisfläche ein anscheinend nur den Papillarkörper betreffendes weissröthliches, ziemlich festes Gewebe, das fast keinen Saft gibt, die oberflächlichsten Cutisschichten ersetzt.

An der Innenseite des linken Oberarms, knapp über dem Ellbogengelenke, eine ähnliche, etwas grössere und mehr erhabene Geschwulst. An der Aussenseite des rechten Oberarms zwischen flachen, violetten Infiltraten drei übereinanderliegende, kreuzergrosse, erhabene, central eingesunkene derbe Infiltrate, am rechten Oberschenkel ausser jenen flachen Infiltraten auch linsen- bis kreuzergrosse, stärker prominente, theils glatte, theils gerunzelte Tumoren; an der Innenseite des Oberschenkels ein solcher Tumor von Pflaumen-, in der rechten Scrotalfalte ein anderer von Citronengrösse, der bei 3 cm prominirt, prall gespannt und gegen die Umgebung etwas überhängend ist. Auf der Schnittfläche eines kleinen, dahinter gelagerten Knotens mit gerunzelter Oberfläche zeigt sich derselbe von einer weichen, namentlich in den tieferen Schichten des subcutanen Gewebes vorquellenden, reich vascularisirten, dunkelrothen Gewebsmasse gebildet, die sich in die Umgebung allmählig, ohne Grenze verliert. In der Basis des Knotens, zwischen infiltrirtem subcutanem Gewebe und der Musculatur, findet sich ein über haselnussgrosser, scharf begrenzter, mit Eiter erfüllter Hohlraum, der ein erbsengrosses, weiches, sequestrirtes Gewebsstückchen einschliesst.

Am linken Oberschenkel überwiegen die flachen violetten Infiltrate, doch sind auch einige erbsengrosse, über dem Knie ein kreuzergrosser Knoten mit gerunzelter Oberfläche entwickelt. Ein ähnlicher von etwa Vierkreuzerstückgrösse, der bei 1 cm hoch über die Oberfläche vorspringt, an der Innenseite der linken Wade.

Schädel mesocephal. — An Schädelschwerte und Kopfmuskeln nichts Abnormes; Gehirn und seine Häute blutarm, Hirnsubstanz feuchter, Kammern etwas enger.

Schilddrüse klein, blass, colloïd.

Beide Tonsillen beträchtlich vergrössert, weich, von einer saftigen, weichen, weissen Geschwulstmasse infiltrirt und substituirt, ebenso auch die hintere Fläche des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand bis in die Choanen, ferner am Zungengrund flach erhabene, linsen- bis bohnengrosse Infiltrate.

Die linke ary-epiglottische Falte stark ödematös durchtränkt, schlotternd, etwas geringer die rechte; im Sinus pyriformis beiderseits zahlreiche, flacherhabene, linsengrosse Infiltrate. Die Schleimhaut des Larynx, dessen submucöses Gewebe namentlich linkerseits sehr stark ödematös geschwollen ist, erscheint bis an die wahren Stimmbänder mit flacherhabenen hanfkorn- und darübergrossen, auch confluirenden weissen Infiltraten besetzt. Unterhalb der Stimmbänder ist die Schleimhaut glatt, leicht geröthet, etwas ödematös.

Die hie und da leicht angewachsenen Lungen vorne gedunsen, blutärmer, hinten etwas mehr bluthältig, allenthalben ödematös, auch in den Bronchien schaumige Flüssigkeit.

Im Herzbeutel klares Serum, das Herz klein, schlaff, mässig mit Fett bewachsen, enthält wenig wässeriges Blut; seine Klappen sowie die Intima der grossen Gefässe zart, leicht blutig imbibirt. Das Herzfleisch erbleicht, fettig gelb, leicht zerreisslich.

Die Leber vergrössert, dichter, von braunröthlicher Farbe, ihre Kapsel gespannt, der vordere Rand dicker und plumper; an der Schnittfläche zeigen sich die braunröthlichen Läppchen durch das verbreiterte, graue interstitielle Gewebe auseinandergeworfen; dabei ist die Schnittfläche glatt.

In der Gallenblase reichliche, dunkelgrüne Galle.

Die Lymphdrüsen an der Porta hepatis und einige retroperitoneale vor der Wirbelsäule sind etwas vergrössert, weicher, von hirnmarkähnlicher Beschaffenheit der Schnittfläche; ähnlich sind auch die Inguinaldrüsen vergrössert.

Die Milz vergrössert, 18 cm lang, 10 cm breit, bei 5 cm dick, weich, zeigt auf der Schnittfläche eine vorquellende, aber doch nicht ausstreifbare, braunröthliche Pulpa.

Die Nieren etwas vergrössert, weicher, stark erbleicht, die Rinde verbreitert, setzt sich scharf von den röthlichen Pyramiden ab, ist graugelblich, gibt einen trüben Saft.

Schleimhaut der Harnwege blass. Die Schleimhaut der Urethra in der Gegend der rechten Cowper'schen Drüse etwas verdickt; auf einem Durchschnitt zeigt sich, dass die Drüse in einen fast bohnengrossen, von kleinen Cystchen durchsetzten, lappigen Körper umgewandelt ist. An Samenblasen und Prostata nichts Auffälliges.

Die Hoden fast um die Hälfte grösser, etwas praller, zeigen sich anscheinend dem interstitiellen Gewebe entsprechend, von einer grauen Aftermasse infiltrirt.

Der Magen schlaff, enthält etwas schleimige, graue Flüssigkeit, seine Schleimhaut blass, ebenso die des Duodenum.

Die Dünndärme etwas gebläht, enthalten neben wenig chymösen galliggelben Stoffen 12 theils in einander verschlungene und verknotete

gallig imbibirte Ascariden. Im untersten Ileum sind einige Plaques punktförmig pigmentirt und etwas geschwellt, ohne geröthet zu sein. Auch die Dickdarmschleimhaut blass, ebenso die des Rectums.

Das Knochenmark des rechten Oberschenkels roth, in seiner oberen Hälfte in eine weiche, hirnmarkähnlich vorquellende Masse umgewandelt.[1])

Während die beiden ersten Fälle dem gewöhnlichen Typus entsprachen, ist dieser Fall etwas abweichend, er entspricht mehr der von Kaposi hervorgehobenen Varietät und zeigt in hohem Grade der Pseudoleukämie ähnliche Veränderungen (wie Fall Amici's und Anderer.)

Der mikroskopischen Untersuchung wurden verschiedene Knoten und Infiltrate der Haut und auch die inneren Organe unterzogen, zumeist nach Härtung in Alkohol mit oder ohne vorangegangene Fixirung in Sublimat-Pikrinsäure.

Wenn sich auch nach der Grösse der Knoten und der Entwicklung des Infiltrates Unterschiede finden, so gleichen sich doch alle Partien im Wesen vollkommen. Ueberall tritt das Gewebe in Form eines Infiltrates auf, welches sehr zellreich ist, je nach der Entwicklung mehr oder weniger Bestandtheile der Cutis und ihrer Gebilde erkennen lässt, überall, wo es zur Entwicklung gekommen ist, auch in die tiefen Schichten und das Fettgewebe reicht, während der Papillarkörper ziemlich frei bleibt, wenn er auch stark verdünnt und durch die Knotenbildung ganz verstrichen ist. An beginnenden, noch flachen Infiltraten tritt das zellreiche Gewebe constant um die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen, um Haarbälge auf, und kann längs dieser bis ins subcutane Zellgewebe reichen; namentlich deutlich erscheint dies an der Kopfhaut, deren Durchschnitte hierdurch im gefärbten Präparat makroskopisch eine fast regelmässige Querstreifung zeigen. Die Haartaschen, Haarwurzeln bleiben aber ebenso wie die Drüsenschläuche erhalten, wenn auch letztere vielfach auseinandergedrängt sind.

An grossen über 1 Ctm. elevirten umschriebenen Knoten ist das ganze Cutisgewebe substituirt, hie und da ein Epithelcylinder eines Drüsenganges oder Haarsackes erkennbar oder Muskelbündel. Die Gefässe steigen fast senkrecht auf, sind capillären Baues, aber iemlich weit und zeigen lange Kerne. Sehr häufig sind sie in diesem alle und an an allen Orten mit Mikrococcenmassen gefüllt, nicht

[1]) Die entsprechenden anatomischen Präparate, sowohl jene des Falles posi als dieses Falles, hat Herr Prof. Kundrat unter jene in der Ausllung des Congresses aufgestellten Präparate des pathologisch-anatomischen iseums eingereiht.

nur im Bereich der Knoten und Infiltrate, sondern auch im von der Infiltration freien Fettgewebe, dessen Capillaren manchmal so reichliche Coccenmassen enthalten, dass sie in nach Gramm gefärbten Präparaten wie mit blauer Masse injicirt erscheinen. Die Coccen zeigen deutlich eine kettenförmige Anordnung.

Die Zellen des Infiltrationsgewebes sind klein, von dem gegenseitigen Drucke polymorph, haben rundliche Kerne; zwischen ihnen findet sich ein sehr zartes Reticulum, so dass eine bedeutende Aehnlichkeit mit lymphatischem Gewebe gegeben ist; es finden sich jedoch auch ovale und spindelige Kerne. An sehr zarten Schnitten (Paraffin) erkennt man auch noch einzelne grössere, platte Zellen mit unregelmässigem Contour, grobnetzigem Protoplasma, häufig von rundlichen vacuolenartigen Bildungen durchsetzt, mit zumeist zackigem, wie geschrumpftem oder zerfallenem Kerne, die sich schwach färben; manchmal enthalten sie glänzende Körper oder gelbliche Pigmentkörner. Verschiedenheiten dieses zellreichen Gewebes finden sich insoferne, als in den grossen, noch prallen, namentlich aber in den collabirenden Knoten man sehr häufig einem Kernzerfall in den Zellen begegnet; zugleich erscheinen dann auch die Zellen verschieden gross, indem dann sehr kleine Elemente auftreten; die fragmentirten Kerne färben sich sehr intensiv mit Saffranin; es finden sich dann Kerne, die an Grösse nur die Hälfte eines rothen Blutkörperchens haben. Dieser Gewebszerfall steht in keinem Zusammenhange mit den Coccenmassen in den Gefässen, wenigstens, nicht, soweit es histologisch zu beobachten ist. Häufig begegnet man kleinen Blutungen, und ganz gewöhnlich ist es, dass sich im Papillarkörper oder in der schmalen, aus streifigem Bindegewebe bestehenden Zone unter der Epidermis und in dem Cutisgewebe in der Umgebung oder der Basis eines Knotens pigmentirte Zellen finden; auch Zellen, die rothe Blutkörperchen aufgenommen haben, sind zu sehen.

An der Grenze der Infiltrate am oder im Fettgewebe bemerkt man Vermehrung der Zellen des letzteren; diese Zellen sind grösser als die des Infiltrates, haben ovale oder oblonge Kerne; Emigrationsvorgänge finden sich nicht. Allenthalben finden sich Mastzellen, und zwar reichlich in der Umgebung, spärlicher im Infiltrat; sehr reichlich sind sie in der Umgebung der den cutanen ähnlichen Infiltrate der Schleimhaut des Pharynx. In letzterer lassen sich die echten Lymphfollikel trotz der Aehnlichkeit des Gewebes sehr gut erkennen; ihre Zellen erscheinen viel gleichmässiger an Grösse und Form und Tingibilität.

Die Infiltration der Hoden erwies sich als aus Rundzellen ehend, und hat, wie auch jene in der Leber, wo das inter-lle Gewebe beträchtlich verbreitert und sehr zellreich ist, eine isse Aehnlichkeit mit denen, die bei Pseudoleukämien beobachtet den. Die Lymphdrüsen erwiesen sich als ähnlich hyperplastisch bei der letzteren.

Der Liebenswürdigkeit des Herrn Primarius Docent Dr. G. Riehl ke ich noch die Einsicht von Präparaten eines (IV.) Falles, der m Anscheine nach auch hieher zu rechnen ist und der seltenen m der Mycosis fungoides d'emblée angehört.

Der Knoten liegt in der Cutis, welche hiedurch bedeutend lickt ist, und reicht ins angrenzende Fettgewebe, von dem noch ie normale Beschaffenheit an der Exstirpationsgrenze zu sehen trotzdem der ganze Schnitt etwa 12 mm misst. Derselbe be-it aus einem zellreichen Gewebe, das in confluirenden Herden Cutis durchsetzt und substituirt, so dass stellenweise gar keine tlichen Cutisbündel mehr zu sehen sind, während an der Grenze her Herde (wenn auch innerhalb des Knotens) dieselben, stark einandergedrängt, noch hervortreten. Die Begrenzung nach der e hin ist manchmal scharf — durch verdrängte Bündel, zumeist r undeutlich, da sich kleinere und zerstreutere zellreiche Herde h finden. Im Knoten sind noch Haarbälge, Drüsen-Ausführungs-ige, auch einzelne Schlingen der Knäueldrüsen, soweit dieselben nt in toto verdrängt sind, erkennbar; es handelt sich also zu-hst auch um einen Infiltrationszustand.

Die Epidermis ist allenthalben erhalten, der Papillarkörper geflacht, in den obersten Schichten wenig, in den tieferen erdings zellreicher, aber ohne dass eine besondere Anhäufung r Zellen um die Gefässe statthätte, sondern mehr gleich-issig, wie es der Peripherie des in der tieferen Cutis entwickelten llreichen Knotens entspricht. Die Hauptveränderung liegt in nem System reichlicher Oedemlücken in den obersten Schichten, e auf weite Strecke über dem Knoten gleichmässig entwickelt nd, zwischen denen ausserdem noch die feine Bindegewebefaserung hr deutlich ist.

Das zellreiche Gewebe besteht wieder aus grösseren, proto-lasmareicheren Zellen, mit ovalen, unregelmässigen Kernen, wie den früheren Stadien von Fall I, doch erscheinen in diesem alle mehr spindelförmige Elemente beigegemengt; zwischen iesen Zellen findet sich allenthalben eine zartfaserige Zwischen-ubstanz. Dazwischen finden sich auch kleinere Rundzellen mit

dunklem Kern. Dadurch, dass kleine, zellreiche, aber lock
Herde, in denen nur ein zartes Reticulum als Zwischensubst
erhalten ist, von stärkeren Fasern, auch Bündeln von Cı
gewebe umschlossen werden, tritt manchmal eine alveolenar
Anordnung in der Lagerung der grösseren Zellen auf, wie
bei manchen Sarkomen deutlicher ausgeprägt vorkommt. A
hier finden sich an den grösseren Zellen deutlich Andeutungen
Mitosen, wenn sie auch nicht so schön erhalten sind wie
Fall I. Einen Unterschied von Fall I und III bilden die reichlic
ödematösen Lockerungszustände in der Umgebung, nicht nur jene
Papillarkörper, sondern auch im tieferen Cutisgewebe und an
Grenze des Unterhautzellgewebes: so findet man an der Peripherie
Knotens Stellen, wo die Cutis zu lockerem, von zahlreichen Lüc
durchsetztem Bindegewebe auseinandergewichen ist; zumeist s
diese Stellen auch zellreicher, aber nicht durch Rundzellen-Einlageru
sondern durch eine gleichmässige Vermehrung der Bindegewebszel
die ohne besondere Anordnung, namentlich ohne Reihenbildung,
jene grösseren, plattenförmigen oder spindeligen, auch mit A
läufern versehenen Zellen erscheinen. Ein stärkerer Zellreichth
auch Anordnung der Zellen in Reihen, tritt gegen das Fettgew
zu auf, dessen Fettzellen von einem oft ziemlich breiten Netz m
rundlicher, kleinerer Zellen mit dunklem Kern, ähnlich Lymp
cyten, umsponnen sind. An der Grenze finden sich auch gröss
Lücken, weite Lymphgefässe, die von einem Fibrinnetz ausgefi
sind, in deren Umgebung sich auch reichliche Infiltration v
fast protoplasmalosen Zellen findet, deren Kerne, manchmal di
gehäuft, alle die bizarren Formen zeigen, die diesen Element
(wahrscheinlich Wanderzellen) eigen sind. Während die Gefä
im Allgemeinen wohl erweitert, aber keine Leukocyten-Ansam
lung zeigen, nur hie und da eine etwas zellreichere Intima l
sitzen, erscheinen in diesen letzteren Stellen auch in erweitert
Venen polynucleare Leukocythen, ferner an grösseren Venenstäm
chen Wucherung und Vermehrung der Wandelemente. Auch
dem zellreichen Gewebe, das allem Anscheine nach das Fettgewe
theilweise substituirt, treten Körnungen und freie Fibringerinnung
auf, die in den oberen Antheilen des Knotens vollständig fehl

Ist es somit im Wesen derselbe Befund, so ergibt sich
weiterer Unterschied, dass hier die Zellen bedeutend grösser si
als evidente Bindegewebszellen sich manifestiren, was vielleicht
dem jüngeren Stadium, in welchem der Process sich befindet,
sammenhängen mag.

Die mikroskopische Untersuchung ergab somit nur im Wesentlichen dasselbe, von verschiedenen Autoren (Köbner, Ranvier, Darrier,[1]) Ziegler,[2]) beschriebene zellreiche Gewebe, welches die Cutis und auch den Papillarkörper substituirt, bis in das subcutane Zellgewebe reichen kann, zumeist Rundzellen zeigt, zwischen denen noch ein zartes Stroma zu erkennen ist. Hervorzuheben ist, dass die Continuität der Cutis durchwegs erhalten ist, indem jenes Stroma zum grössten Theile aus auseinandergedrängten Cutisbündeln und -Fasern besteht, daher an den Gefässen inserirt und häufig, wo die Infiltrate zellärmer sind, der Uebergang deutlich sichtbar ist; dass ferner, wie in dem vom ersten Falle, zwei Jahre vor dem Tode, herstammenden Präparate (Prof. Kolisko's) an der Grenze der Knoten bei Fall III und überhaupt bei Fall IV es zu ersehen ist, die Zellen alle Eigenschaften gewucherter Bindegewebszellen haben, glatte, vielgestaltete, längliche Protoplasmakörper mit Ausläufer, ovalen, hellen Kernen mit netzig angeordneter Chromatinsubstanz. Sie bilden den grössten Theil der Zellmassen, zwischen denen allerdings kleinere Zellen mit dunklem Kerne, wenn der Zellreichthum sehr bedeutend ist, in überwiegender Zahl auftreten. An den grösseren Zellen konnten reichliche Mitosen gesehen werden. Aber auch an den sehr zellreichen Knoten des dritten Falles konnte ich noch diese grösseren Elemente sehen, allerdings häufig mit sehr blassem Kerne im vacuolisirten Protoplasma. Allem Anscheine nach gehen aber auch die Rundzellen-Infiltrationen aus diesen vom Bindegewebe abstammenden Elementen hervor, nur bleiben die Zellen mit der Zunahme an Zahl auch weniger entwickelt.

Die Zellwucherungen beginnen um die Gefässe an der Basis der Papillen, im lockeren Zellgewebe um die Drüsen, sowohl Talg- als Schweissdrüsen, um die Haarfollikel. Die Gefässe sind weit, oft mit hypertrophischer Wand, aber meist capillaren Baues, zeigen keine Infiltration, noch lässt sich in ihrem Innern eine Leukocytenanhäufung bemerken. In dem wachsenden Infiltrate, auch im Epithel, Mitosen, sonst dasselbe meist abgeplattet ohne Wucherungsvorgänge. Ferner finden sich die verschiedensten Zeichen von Oedem in höherem oder geringerem Grade, Mastzellen, in der Umgebung oft ziemlich reichlich, in den Knoten weniger.

An dem atrophirenden Knoten fand sich Atrophie der Zellen, hiedurch und durch Resorption Schwund der Infiltrate, die sich am

[1]) Besnier et Doyon l. c.

[2]) Fall Veiel, Dermat. Congress 1889.

längsten um die Drüsen halten, bis endlich eine ganz unveränderte Cutis ohne jegliches Narbengewebe bleibt; pigmentirte Zellen in diesem Stadium immer, waren aber auch in und um die Infiltrate und Knoten des dritten Falles sehr reichlich, in welchem letzteren man häufig kleineren Blutungen begegnete. In dem Knoten des zweiten Falles fanden sich auch hyaline Kugeln. Als ein anderes Zeichen regressiver Metarmorphose sind im Falle III die reichlichen Bilder vom Kernzerfall aufzufassen; es mag allerdings zweifelhaft bleiben, ob dies der Neubildung als solcher angehört oder den zahlreichen Cocceninvasionen, die sich in diesem Falle in den Gefässen aller Geschwülste zeigten.

Diese Cocceninvasion gehört einer septischen Allgemein-Affection an (die bei diesen und ähnlichen Krankheitsprocessen nicht selten vorkommt), Hochsinger, Hammer-Rindfleisch.

Der Befund der inneren Organe mit Tumorenentwicklung ergab durchwegs eine der Cutis ganz analoge Infiltration, die, wie Kaposi bereits (Fall I, l. c.) hervorhebt, besonders an der Niere sehr deutlich ist, wo die Harncanälchen im Infiltrat noch deutlich erkennbar sind. Ich besitze auch von jenem Falle noch ein Mikroskop-Präparat der Niere; das Infiltrat erscheint hier histologisch etwas verschieden von jenen Infiltraten der Leber bei Fall III; während diese, wie schon erwähnt, pseudoleukämischen gleichen, zeigt das der Niere etwas grössere Zellen.

Wie schon angedeutet, liegt seit Jahren der Schwerpunkt für die Auffassung des Leidens im histologischen Befunde; auf ihn stützen sich mehr weniger die von verschiedenen Autoren und Schulen aufgestellten Krankheitstheorien, als da sind:

1. Die Mycosis fungoides sei den Granulationsgeschwülsten zuzurechnen, zunächst begründet von Köbner (1864); acceptirt von Virchow, ferner vertreten von Geber, Auspitz.

Mit dieser Anschauung zunächst verwandt, mehr weniger nur der Thatsache vom infectiösen, specifisch entzündlichen Ursprung einer Reihe der sogenannten Granulationsgeschwülste entsprechend, ist die Annahme, dass die Mycosis fungoides eine chronische Infectionskrankheit sei; von Neisser, Köbner (1886), G. H. Tilden, Doutrelepont, Schuhmacher, Ledermann vertreten, wenn sie auch die Bakterienfunde der Anhänger derselben Theorie, als Hochsinger-Schiff, Hammer-Rindfleisch, de Amicis, nicht acceptiren.

2. Die Mycosis fungoides sei der Ausdruck einer »Diathèse lymphadénique«, welche Theorie zuerst von Gillot-Ranvier inaugurirt, auch von Bazin angenommen, von einer Anzahl französischer und italienischer Autoren vertreten wurde (Demange, Debove, de Amicis, Gaillard u. A.), in letzterer Zeit von Pelissier (1889 noch aufrecht gehalten wird.

3. Die Mycosis fungoides sei eine Form multipler Sarkomatose der Haut, vertreten von Kaposi, Port, Funk, Heitzmann; dieser Anschauung traten auch die französischen Uebersetzer von Kaposi's Handbuch, Besnier und Doyon in gewissem Sinne bei.

4. Die Mycosis fungoides stelle ein intermediäres Stadiüm zwischen Sarkom und Granulationsgeschwulst dar (Granuloma sarcomatodes, inflammatory fungoid neoplasme), Naether, Dühring.

5. Die Mycosis fungoides ist ein Krankheitsprocess sui generis (une entité morbide spéciale), wie sie Bazin zuerst aufgefasst hat, von Vidal-Brocq nunmehr vertreten; dieselbe halte die Mitte zwischen Lymphadenie und Sarkomatose, ohne das Eine oder das Andere zu sein.

Nicht prägnant, aber doch im Sinne der Sarkomatose, sprechen sich O. Simon und Pick aus, welche in der Mycosis fungoides das Resultat einer bösartigen Wucherung des Bindegewebes bei chronischem Ekzem oder Psoriasis sehen, ähnlich wie in anderen Fällen excessive Epithelbildung (Leukoplakia) zu malignen epithelialen Neubildungen, zu Carcinom führe.

Wir sehen mit dieser Anzahl von Theorien wohl so ziemlich alle Formen der pathologischen Gewebsproductionen und auch Combinationen derselben zur Classification der mykosiden Gewebswucherungen herangezogen.

Wenn ich nochmals auf die histologischen Befunde zurückkomme, so muss Folgendes betont werden.

Wir haben es zweifellos mit einem zellreichen Gewebe zu thun, das autochthon aus den zelligen Elementen der Lederhaut hervorgegangen, ziemlich vascularisirt ist, als junges Bindegewebe aufzufassen ist. Der Befund bei Fall I mit den Nestern, in reichlicher Mitose begriffenen, platten und spindelförmigen, grösseren Zellen mit den hellen Kernen (wohl den epitheloïden Zellen Ziegler's entsprechend), ebenso im Falle Riehl's schliesst in diesen Fällen eine Deutung des Gewebes als lymphatisches oder lymphoïdes aus. In einer jüngst erschienenen detaillirten histologischen Untersuchung hat Philippson[1]) dies ebenfalls über alle Zweifel sicher erwiesen.

[1]) Ann. de Dermat. et Syphil. 1892, III, S. 1, 3.

Bei dem klinischen Verlaufe des Leidens, nach dem so häufig verschiedene entzündliche Processe ablaufen, ja gewiss die Knoten und Infiltrate aus entzündlichen Infiltraten hervorwachsen, liegt es sehr nahe, wie Köbner es zuerst gethan, das junge Gewebe als Folgezustand, als Product der Entzündung aufzufassen und den Granulationsgeschwülsten zuzurechnen. Auch an der Haut kennen wir ausgezeichnete solche Processe von Gewebsbildung infolge chronischer Entzündung, auf welche auch Kaposi verweist, so die papilläre Wucherung beim Pemphigus. Auch chronische Ekzeme können zu einer Gewebsentwicklung in den obersten Cutischichten führen, wie ich es ganz besonders bei einem Falle der Kaposi'schen Klinik gesehen habe, wo auf ausgedehnte Strecken der Papillarkörper und die obersten Cutisschichten von einem aus kurzen Spindelzellen und Rundzellen bestehenden Granulationsgewebe mit reichlichen, neugebildeten Gefässen substituirt erschienen; stellenweise drängt sich dasselbe längs der Gefässe auch in die Cutis selbst vor und finden sich Andeutungen desselben um die Drüsen.

Und doch ist diese Deutung des zellreichen Gewebes der mykosiden Geschwülste nicht haltbar und zwar aus mehreren Gründen.

Es fehlen alle Erscheinungen der Entzündung im Sinne Cohnheim's. Wissen wir zwar nun, dass die Gewebsneubildung bei der Entzündung von präexistirenden Elementen ausgeht, ja dass dieselbe vielleicht bei manchen Processen (Tuberculose, Baumgarten) das Primäre sein könne, so gesellen sich immer auch Vorgänge der Emigration hinzu und bei exquisit chronischen Processen, wie dem Rhinosklerom, der Actinomycose, fehlen dieselben, namentlich in den jüngeren Entwicklungsstadien, nie. Bei so rasch auftretenden und wuchernden Geschwülsten aber, wie sie die Mycosis fungoides liefert, könnten dieselben wohl nicht fehlen, wenn sie eben entzündlichen Ursprungs wären. Bei den von mir untersuchten Fällen fehlen aber Emigrationsvorgänge, Anhäufung polynuclearer Rundzellen in und um die Gefässe, selbst wo ein rasches Wachsthum des Gewebes, wie im Falle I bei den zahlreichen Mitosen, augenscheinlich ist, vollkommen.

Nirgends wurde eine nennenswerthe Gefässneubildu[illegible] constatirt. Zumeist sind es die vorhandenen Gefässe des Papill[illegible] körpers, des Coriums, die entsprechend der Gewebszunahme v[illegible] längert und erweitert sind, wobei die Erweiterung häufig [illegible] Wesentlichste ist, und wir finden keine neuen Gefässsprossung[illegible] Ebenso liess sich nie eine Anordnung der Geschwulstzellen find[illegible] die auf einen genetischen Zusammenhang mit den Gefässen hin[illegible]

wiesen hätte, was sich ebenfalls bei aus Entzündung hervorgegangenen Gewebsneubildungen findet.

Eine andere Eigenschaft des aus chronischer Entzündung entstandenen Granulationsgewebes ist die Entwicklung seiner Elemente zu jungem Bindegewebe; wo es nicht dazu kommt, treten frühzeitig bereits regressive Vorgänge ein. Keines von beiden sehen wir an dem Gewebe der Mycosistumoren auftreten. Das vorhandene Stroma, Reticulum, ist zum grössten Theil ein Rest des Cutisgewebes, dessen Bündel durch die Wucherung der Zellen so auseinandergeworfen wurden, zum kleineren nur wird es von Zellenausläufern gebildet. Die beobachteten regressiven Veränderungen sind fast nur atrophischer Natur; an den grösseren Elementen wurde Vacuolisirung gesehen, doch hat dies bei den anderen Kennzeichen von Oedem, für welches die Lymphstauungen, die Lückenbildungen im Gewebe etc. sprechen, wenig Bedeutung. Auch in den viel zellreicheren Bildungen bei Fall III fanden sich keine nennenswerthen Metamorphosen. Daher erklärt es sich denn auch, dass die Geschwülste schwinden können und mit der Atrophie und Resorption der zelligen Bestandtheile ein intactes Cutisgewebe wieder hergestellt wird, ohne jegliche Narbenbildung; nur pigmentirte Zellen und etwas sklerosirte Gefässe, der Ausgang der vorhergegangenen Hypertrophie, deuten auf einen abgelaufenen Krankheitsprocess. Darin müssen wir aber einen wesentlichen Unterschied gegenüber den Granulationsgeschwülsten, den chronischen Entzündungsprocessen fixiren, denn jeder derartige Process, wenn er, sei es durch partielle Organisation des jungen Gewebes oder durch dessen Zerfall, zum Schwunde kommt, lässt ein narbiges Gewebe, aus Organisation oder Regeneration entwickelt, zurück, und es ist überflüssig, auf nicht ulceröse, derartige Processe, wie z. B. das Rhinosklerom oder den Lupus exfoliativus, zu verweisen, die nach dem Schwunde des zellreichen Gewebes ein sklerosirtes oder narbiges Bindegewebe hinterlassen.

Es kann mithin ausgesprochen werden, dass sowohl die histologische Structur als die Genese des bei der Mycosis fungoides auftretenden Geschwulstgewebes nicht den Eigenschaften einer Granulationsgeschwulst entspricht.

In den letzten Jahren haben die Virchow'schen Granulationsgeschwülste, durch die Fortschritte in der Erkenntniss der Aetiologie einer Reihe darunter subsumirter Krankheitsprocesse, ihren Platz, als den Sarkomen angegliedert, verloren und gelten als specifische Entzündungsprocesse oder Infectionsgeschwülste. Es ist nun allerdings richtig, dass damit, dass die Mycosis fungoides keine Granu-

heit und Gleichmässigkeit der rundlichen Zellen, dem zarten Reticulum, der ausgebreiteten Infiltration grosse Aehnlichkeit mit lymphatischen Bildungen und wären bei dem Vorhandensein der Drüsentumoren, der Infiltrationen in den inneren Organen auch als solche aufzufassen, wie es Ranvier und seine Schüler gethan.

Beim Falle I treten zum Schlusse bei der reichlichen Zellenproduction auch immer kleinere »lymphoïde« Elemente auf, so dass z. B. der grosse Tumor, für sich und nur histologisch betrachtet, als Lymphosarkom der weicheren Form aufzufassen wäre, zumal er local auf die Musculatur übergegriffen und grosse knotige Metastasen sich in den inneren Organen zeigten. In diesem Falle fehlt aber jede Mitbetheiligung des lymphatischen Apparates.

Wir könnten also hier von einem Sarkom mit Metastasenbildung sprechen, wie Kaposi den Fall auffasste, und Fall III als Pseudoleukämie bezeichnen. Und doch sind manche Veränderungen, z. B. die der Leber, so congruent.

Wir sind eben nicht im Stande, die verschiedenen Rundzellen, die durch gesteigerte Theilung und Proliferation aus Bindegewebszellen sich entwickeln (bei Fall I durch die Untersuchung 2 Jahre vor dem Tode erwiesen), von solchen lymphatischer Abstammung genügend zu differenziren.

Daher ist der histologische Befund als solcher nicht massgebend. Die aleukämischen Lymphdrüsentumoren, das sonstige Bild einer Pseudoleukämie, können sich auch auf andere Weise entwickeln, wenn sie nicht Combinationen sind, für deren Möglichkeit ich weiter unten noch Momente anführen werde.

An der allgemeinen Definition Virchow's, dass das Sarkom, der Bindesubstanz angehörend, sich von den anderen Species durch die vorwiegende Entwicklung der zelligen Elemente unterscheide, festhaltend, haben Kaposi, Port, Funk und Andere die Geschwülste der Mycosis fungoides als Sarkome erklärt. Es ist auch gewiss, dass dieselben durch den Reichthum junger, wenig entwickelter Zellen, durch das daneben einhergehende Zurücktreten der Grundsubstanz die hervorragendsten histologischen Eigenschaften der Sarkome aufweisen und auch genetisch, als Wucherungen der Bindewebszellen, ihnen entsprechen. Diese Congruenz ist aber eben nur histologisch. Auch Kaposi's Citat Ziegler's [1]) bezieht sich nur auf die histologische Definition der Species Sarkom, wobei die

[1]) l. c.

ıs annähernd denselben Gründen verschiedene Autoren, so Köbner, ꞔgen diese Anschauung ausgesprochen.

Unter welche Gruppe von Krankheitsprocessen soll die Mycosis ıngoides aber eingereiht werden oder sollen wir sie ganz separat hne ein Analogon hinstellen?

In den verschiedenen eben angedeuteten Momenten und Eigenhümlichkeiten haben die Tumoren der Mycosis fungoides eine ꞔewisse Aehnlichkeit mit manchen lymphatischen Neubildungen, nanchen Formen des Lymphosarkoms. Auch diese Formen sind ıtarker und hochgradiger Involution fähig, sowohl spontan als nach medicamentösen Massnahmen, um nach kürzerer oder längerer Zeit mit gesteigertem Wachsthum wieder aufzutreten und rasch sich zu generalisiren. Ich erinnere mich an Fälle, bei welchen wegen der starken Reaction auf Jodkali, z. B. der Process als luëtisch aufgefasst worden ist und sich dann doch als ein Lymphosarkom mit generalisirter Metastasenbildung documentirte.

Besonders auffallend ist die Aehnlichkeit mit einer zweiten Form lymphatischer Neubildungen, mit der Pseudoleukämie. Wir finden dasselbe Ergriffensein eines ganzen Gewebesystemes und höchst ähnlichen klinischen Verlauf. Ja es gibt Pseudoleukämien mit Entwicklung zahlreicher Tumoren und Infiltrate in der Haut (Philippart)[1]), die von Anderen der Mycosis fungoides zugerechnet werden (Fall III hat auch viel Aehnlichkeit mit solchen), und endlich treten Pseudoleukämie ähnliche Erscheinungen im Verlauf der Mycosis fungoides, und zwar zum Schlusse auf. Darin lag wohl eine wesentliche Stütze für eine vollständige Analogie, die ihren Ausdruck in der »Lymphadénie cutanée« fand.

In Analogie möchte ich den höchst seltenen Krankheitsfall bringen, der von Nothnagel beobachtet und in unserem Institut obducirt wurde, von Nothnagel als Lymphadenia ossea in den internationalen Beiträgen zu Ehren Virchow's publicirt ist; hier handelte es sich um eine fast das ganze Knochensystem begreifende Entwicklung eines jungen, zellreichen, ebenfalls dem lymphatischen ähnlichen Gewebes von Seite des Periostes mit Production von Osteophyten, andererseits von atypischer Infiltration der Musculatur; der Fall verlief unter zunehmender Anämie und Kachexie.

Versuchen wir nun nach diesen Andeutungen die Mycosis fungoides mit ihrer Geschwulstbildung in unser bekanntes Schema

[1]) Diathèse lymphogène à forme cutanée, ganglionnaire, hepatique et leucocythèmique (Acad. roy. de médecine de Bruxelles 1880.)

einzureihen, so finden wir dieselbe Lücke, dieselbe Schwierigkeit, wie sie der Einreihung der aleukämischen sowohl als der leukämischen Tumoren begegnet. Wenn letztere vielleicht auch bei den Anzeichen functioneller, ja erhöhter functioneller Leistung unter die Formen der hyperplastischen und hypertrophischen Gewebsproductionen sich einreihen lassen, so ist dies bei den aleukämischen Tumoren, bei manchen Formen von Lymphosarkom, nicht möglich. Diese Lücke fühlt auch jeder pathologische Anatom, indem diese Processe bald mit gewisser Reservation noch den echten Geschwülsten zugerechnet werden oder aber den Infectionsgeschwülsten angereiht werden (Orth), wenn auch zugegeben wird, dass es sich nicht um ein organisirtes Virus zu handeln brauche (Neelsen-Perls).

Es erscheint eben sehr wahrscheinlich, dass noch andere Ursachen, als die bekannten und immer in Rechnung gezogenen formativen und vitalen Reize, Gewebsproductionen auslösen können, vielleicht nicht in allen Geweben, wohl aber scheint das Bindegewebe, das lymphatische Gewebe, vielleicht auch das Epithel hiezu disponirt.

Eine gewiss nicht zu leugnende Thatsache ist es z. B., dass Regenerationsvorgänge aus noch unbekannten Gründen, die wohl im Organismus selbst gelegen sind, über die Norm hinausschiessen können und zu Geschwulstbildungen führen; die Carcinom-Entwicklung in der cirrhotischen Leber ist z. B. ein ausgezeichnetes Beispiel; diese findet sich gerade bei der von Regeneration des Lebergewebes so häufig begleiteten biliären Cirrhose.

So kann man sich auch bei der Leukämie des Gedankens nicht erwehren, dass, namentlich, wo 25% der Kranken schwere Intermittens bestanden haben, die Ansprüche, welche zur Regeneration an die blutbereitenden Organe gestellt wurden, bei gewissen Individuen den Reiz zu der übermässigen Bildung abgeben, vielleicht noch verbunden mit einer Beeinflussung von Seite früher schon aufgespeicherter Stoffwechselproducte.

Andeutungen für eine ähnliche Aetiologie finden sich auch bei der Pseudoleukämie, nämlich bezüglich der ersten Drüsenschwellungen, von denen bereits Trousseau beobachtet hat, dass sie sich an Schwellungen der Drüsen bei Otorrhöe, bei chronischer Coryza angeschlossen haben. Ich sah einen Fall, bei dem sich die ersten Lympdrüsentumoren aus den inneren Inguinaldrüsen entwickelten, bei beiderseitiger luetischer Orchitis und Epididymitis.

Vielleicht liegt hierin auch ein Causalnexns für das Auftreten der pseudoleukämischen Veränderungen bei der Mycosis fungoides.

Auch physiologisch gesteigerte Thätigkeit der Lymphdrüsen scheint gelegentlich zu einer abnormen Production zu führen. So würde sich vielleicht für die von Trousseau beobachtete Drüsenaffection bei jungen Creolen eine Vorstellung gewinnen lassen; diese besteht in einer Schwellung der inguinalen Lymphknoten im Jünglingsalter, kann zur Eiterung kommen und verschwindet mit dem Alter der Mannbarkeit.

Wir verfügen aber auch über experimentelle Thatsachen, wornach chemische Substanzen einen verschiedenen Einfluss auf gewisse Gewebe, ihre Wachsthumsvorgänge (Phosphor auf Knochen) haben. Besonders interessant ist uns die Angabe Spina's über die vergrösserten Milzen der von Horbaczewski mit Pilocarpin vergifteten Thiere; an denselben wurden Kariokynesen beobachtet und die dabei auftretende Leukocytose erklärt sich aus der vermehrten Production lymphoïder Elemente: ferner die neuesten Erfahrungen über den formativen Reiz der Bakterienprotaïne (Lymphagoga).

Als eine noch nicht erklärte Erscheinung in der menschlichen Pathologie möchte ich hier an die sogenannten Lymphknötchen erinnern, die beim Typhus abdominals nicht nur am Peritoneum, sondern auch in der Leber, manchmal, wenn auch selten, in grosser Anzahl auftreten und mit dem Vorkommen der Typhusbacillen selbst in keinem localen Zusammenhange stehen.

Diese Thatsachen, so unvollkommen sie auch noch sind, lassen uns aber Vorgänge vermuthen, deren Effect wir einstweilen nur ahnen und in dunklen Umrissen uns vorstellen können, die uns aber, glaube ich, bereits berechtigen, gewisse Gewebsproliferationen und productive Processe aus dem dermaligen Rahmen herauszunehmen.

Kundrat hat in einem ideenreichen Vortrage[1]) solche nebst anderen, allerdings ganz anders gearteten Störungen unter »Vegetationsstörungen« vereinigt, die auf verschiedener Basis zur Entwicklung kommen, von den durch parasitäre Ursachen verursachten »Krankheiten«, und den aus Störungen der Generation und Regeneration hervorgehenden »krankhaften Zuständen«, abzutrennen seien. Er zählt hieher die eben angezogenen Processe der Pseudoleukämie und gewisse Formen des Lymphosarkoms, welche er von den Neu-

[1]) K. k. Gesellschaft der Aerzte, 19. März 1892.

bildungen κατ' ἐξοχήν ausschliesst, weil es doch wahrscheinlich ist, dass sie nicht spontan entstehen, sondern, auf einer abnormen Vegetation beruhend, durch äussere, vielleicht auch nicht einheitliche, Ursachen veranlasst werden. Hieher möchte ich auch die Lymphadenia ossea und auch die Mycosis fungoides zählen, als eine Störung, welche nicht in directer Abhängigkeit von der Ursache steht, ihre Entwicklung nicht einer speciellen Ursache allein, sondern einer abnormen Reaction des Individuums, beruhend auf abnormer Vegetation, verdankt.

Damit kämen wir auch zu einer specifischen Krankheitsanschauung, une êntité speciale, als welche Vidal-Broq die Mycosis fungoides bezeichnen.

Nun kann ich auch noch kurz die Frage der Bedeutung der inneren Organveränderungen berühren; dieselben sind wohl als analog denen bei der Pseudoleukämie, theilweise auch bei der Leukämie aufzufassen. Wie man hier schwankt, ob dieselben als Metastasen im geläufigen Sinne des Wortes zu betrachten sind, so ginge es auch mit den mycosiden Knoten der Niere, den Veränderungen der Leber. Mit der Vorstellung der Vegetationsstörung können wir auch ein antochthones Entstehen dieser Bildungen vereinen. Was die pseudoleukämischen Veränderungen in der Mycosis fungoides betrifft, so muss ich es noch hingestellt sein lassen, ob es sich nur um eine scheinbare Aehnlichkeit handelt, was nach Allem auch möglich wäre, oder um eine wirkliche Complication; über all diese Fragen müssen neuere Untersuchungen an einem günstigen Material mit Hilfe der modernen Untersuchungs-Methoden entscheiden.

Bezüglich einer Aenderung der Bezeichnung, die angesichts dessen, dass wir mit Mycosis, mykotischen Processen, nun eine ganz bestimmte Aetiologie verbinden, ganz am Platze wäre, will ich keinen Vorschlag machen, sondern überlasse es den speciellen Fachmännern.

---

Der Mycosis fungoides gewiss nahe verwandt steht die Lymphodermia perniciosa Kaposi's[1]; das betonen nicht nur französische Autoren, das gibt Kaposi selbst zu, trotzdem er sich in seiner Publication dessen verwahrt und ausdrücklich die Verschiedenheit der Lymphodermia von der Lymphadénie cutanée Ranvier's betont. In der zweiten Publication jenes Falles von Mycosis fun-

[1]) Wiener med. Jahrb. 1885.

goides sagt er jedoch bezüglich der Stellung derselben zur Sarkomatose der Haut und derselben überhaupt: »Eine Lösung der Frage hängt jedoch noch mit derjenigen einer Reihe analoger Processe zusammen, wie der Lymphodermia perniciosa und anderer mehrerer Formen von Sarcomatosis cutis.«

Der Verlauf des Falles Kaposi's ist den Herren zu bekannt, als dass ich ihn hier anzuführen brauchte; er hat viel Aehnlichkeit mit manchen Fällen von Mycosis.

Bei drei Blutkörperchen-Zählungen wurde eine allmähliche Vermehrung der Leukocyten bis schliesslich 3% derselben in einem Cubikcentimeter bei 3,800.000 rother constatirt.

Die hervorragendsten Befunde der Obduction, welcher selbst beizuwohnen ich Gelegenheit hatte, waren die der Haut: es zeigte sich das gallertig-ödematöse Unterhautfettgewebe, theils in ganzen Läppchen, theils in Antheilen, in eine weiss-röthliche starre Aftermasse umgewandelt, die entsprechend grösseren Knoten auf mehrere Quadrat-Ctm. hin flache, $^1/_2$—$1^1/_2$ Ctm. dicke Tumoren medullarweissen Ansehens von deutlich lappigem Baue bildet. Die Cutis erscheint meist ödematös geschwellt, über den grösseren Knoten ist sie auch in eine speckige Masse umgewandelt, wie über den Brustdrüsen und am Kinn, wo nebst dem durch die Infiltration des sich daselbst inserirenden Muskels ein streifiges Aussehen sich entwickelte.

Ferner Schwellungen der Lymphdrüsen, die speckige Knoten, in den Achselhöhlen und Leistenbeugen grössere Conglomerate bilden. Ferner Vergrösserung der Milz aufs Vierfache mit homogener, blassrother Beschaffenheit der Pulpa, grauliche Färbung des Markes schwammiger Knochen, während das der langen Röhrenknochen das Aussehen rothen, lymphoïden Markes bot.

Endlich fand sich in der Lunge und in der Leber ein verzweigtes, weissliches Netzwerk eingelagert, in ersterer auch erbsengrosse, flachrunde Herde an der Peripherie.

Auf Grund des Blutbefundes, der vorgefundenen Veränderungen an Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark und des histologischen Befundes der Haut, der eine lymphatische Gewebsbildung ergab, glaubte Kaposi die Erkrankung als Leukämie mit Erkrankung der Haut, ähnlich, wie auch Lunge, Leber, Nieren von leukämischen Infiltraten und Tumoren durchsetzt werden, aufzufassen, und da in diesem Falle die Erkrankung der Haut der Allgemeinerkrankung quasi vorausgeeilt war, sich als erstes Merkmal derselben klinisch dargestellt hatte, so wollte er diese Der-

Damit erklärt es sich, dass Kaposi's Fall in keiner Congruenz zu jenem Biesiadecki's steht, der bis dahin als der einzige wohl constatirte Fall einer Dermatose auf Grund einer Leukämie bekannt war.

Als different von der gewöhnlichen Form der Mycosis fungoides muss jedoch der Sitz der Tumoren und Infiltrate bezeichnet werden, die in Kaposi's Fall im Unterhautzellgewebe zur grössten Entwicklung kommen und später erst die totale Infiltration des Corium verursachen, während bei ersterer, selbst wenn bedeutende Geschwülste des Papillarkörpers und der Lederhaut entwickelt sind, das Fettgewebe frei bleiben kann. Es scheinen da jedoch auch Abweichungen vorzukommen und namentlich jene pseudoleukämischen Formen auch tiefliegende Knoten zu bilden (Amici). Ich halte jedoch diese Abweichung für nicht so hervorragend, dass sie bei der Congruenz der anderen, namentlich anatomischen Verhältnisse eine Sonderstellung der Lymphodermie rechtfertigen könnte, und bin der Anschauung, dass sie der Mycosis fungoides anzuschliessen wäre, vielleicht, wie Besnier annimmt, als eine Varietät, deren erste Periode eine generalisirte Dermatitis ist, dem ich noch hinzufügen möchte, dass es dabei zur Entwicklung meist tief gelegener Knoten und Infiltrate komme. In den beiden von Besnier und Vidal als der Lymphodermie vergleichbaren demonstrirten Fällen fand ich darüber keine Angabe.

Damit würde sich diese Dermatose auch unter die aus Vegetationsstörungen entstandenen Formen von Neubildungen anschliessen.

---

Bezüglich der Hautveränderungen bei der Leukämie und bei der Pseudoleukämie muss ich zunächst auf dem principiellen Grundsatze bestehen, dass zunächst das Allgemeinleiden bestehen muss, und erst im Verlaufe desselben kommt es zu den krankhaften Veränderungen der Haut, die als leukämische oder pseudoleukämische zu bezeichnen wären.

Wir haben gar keine bestimmte Grundlage dafür, dass die Haut mit der Hämotogenese in einem so innigen Zusammenhange stünde, dass aus einer Erkrankung derselben eine Leukämie entstünde.

Da wir die Lymphodermie als leukämische Affection ausschalten mussten, so bleiben unter den wenigen sicheren Fällen ziemlich typische, klinische und anatomische Bilder übrig, die dem

Falle Biesiadecki's[1]) entsprechen. Es finden sich nur Unterschiede bezüglich der Beschaffenheit der Haut, bald glatte, bald schuppende und nässende, meist diffuse Infiltrate, seltener umschriebene Knoten. Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine zumeist als Zellinfiltration zu deutende Anhäufung lymphoïder Elemente, namentlich in dem mehr lockeren Gewebe um die Drüsen und ihre Ausführungsgänge, um die Haarbälge, meist mehr diffus, aber auch als abgegrenzte Lymphombildung; dabei Leukocytenanhäufung und Thrombenbildung in den Blutgefässen; das Vorkommen eosinophiler Zellen kann möglicherweise verschieden sein nach dem Vorhandensein derselben im Blute, welches nach Müller[2]) ziemlich bedeutender Schwankung unterliegt; so fand Neuberger[3]) bei einem Falle lymphatischer Leukämie dieselben spärlich; es kann aber auch durch locale Zustände beeinflusst sein; wir wissen darüber noch zu wenig.

Da Herr Prim. Riehl Ihnen einen exquisiten Fall dieser Art vortragen wird, so kann ich darauf hin verweisen und mich kurz fassen.

Im Falle Recklinghausen's[4]), von dem allerdings kein Blutbefund vorliegt, trat die Dermatose unter der Form eines Lichen ruber acuminatus auf, so glaube ich nämlich mich ausdrücken zu müssen, da ja sonst dem Lichen ruber acuminatus nicht Lymphomknötchen als anatomischer Befund zu Grunde liegen. In diesem Falle erscheint die Leukämie jedoch durch die Anhäufung weisser Blutkörperchen bis zur Thrombenbildung in dem mikroskopischen Präparate der Haut constatirt; das ist bei dem achtmonatlichen Kinde mit einer ähnlichen Veränderung der Haut, welches Hochsinger[5]) publicirte, nicht der Fall; auch liegt kein genauer Blutbefund vor. Nach dem übrigen Befunde könnte es sich auch um eine, gerade bei Kindern nicht so selten vorkommende Pseudoleukämie handeln.

Hautaffectionen bei der Pseudoleukämie hat zunächst Wagner[6]) in drei Fällen beschrieben, bei denen es zur Entwicklung prurigoähnlicher Knötchen während einer lymphatischen Anämie gekommen war; ferner Joseph[7]) auf der 62. deutschen Natur-

[1]) Wiener med. Jahrb. 1876.
[2]) Deutsch. Arch. für klin. Medicin 48. Bd.
[3]) Ergänzungsheft II z. Viertelj. f. Dermat. u. Syph. 1892.
[4]) Wien. klin. Wochenschrift 1888.
[5]) Viert. f. D. u. S. 1888. pag. 779.
[6]) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 38. Bd., pag. 199.
[7]) Deutsch. med. Wochenschrift 1889.

forscherversammlung juckende Knötchen, auch Quaddeln und knotige Verdickungen mit kleienartiger Abschuppung bei einer Pseudoleucaemia lymphatica et lienalis, die sich mikroskopisch als Lymphombildung erwiesen.

Ich habe bei einem Falle exquisiter lymphatischer und lienaler Pseudoleukämie mit Leukocythämie, complicirt mit Tuberculose, sowohl der Lymphdrüsentumoren, als der lymphatischen Knoten der Milz, Knötchen in der Haut des Hodensackes beobachtet, die eine nicht scharf begrenzte Verdickung derselben verursachten; sie bestanden aus einem zarten, lockeren, lymphoïden Gewebe.

Joseph hat einen anderen Fall auf dem Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Berlin 1891 besprochen, er betraf einen 31 jährigen Mann, der an einem Lymphosarkom des Halses litt und bei dem in der Haut des Halses und der Brust zahlreiche kleinste, harte und schmerzhafte Knötchen zur Entwicklung gekommen waren, die auch dem histologischen Befunde nach mehr den Eindruck regionaler Cutismetastasen des Lymphosarkoms machen. Ueberhaupt dürfte die pseudoleukämische Erkrankung der Haut nicht in jedem Falle so sicher zu diagnosticiren sein, als die leukämische, da die Pseudoleukämie nicht so scharf präcisirt ist. Mehrere Formen von Geschwulstbildung könnten als solche erscheinen, und zwar jene, die generalisirt an der Haut vorkommt (die sogenannte Sarcomatosis cutis) und wohl auch jener angedeuteten Gruppe von Vegetationsstörungen zugehört. Arming demonstrirte vergangenes Jahr in Leipzig einen Fall, bei welchem das Vorkommen von grösseren fibrösen Knoten in den Muskeln und in der Nase etwas auffällig ist; immerhin könnte der Fall sich bei der Obduction als Pseudoleukämie erweisen.

Je nach der Auffassung der Mycosis fungoides könnte auch ein derartiger Fall, ähnlich wie von Philippart, als Pseudoleukämie bezeichnet werden, namentlich die Fälle ohne eczematöses Prodromalstadium (Kaposi's Varietät), ebenso auch eine Mycosis fungoides d'emblée, wenn dieselbe Lymphdrüsenschwellungen oder andere pseudoleukämische Anzeichen zeigen würde. Gerade in solchen Fällen wird der Verlauf massgebend sein; um Hautveränderungen als pseudoleukämische aufzufassen, dürfen sie, wie oben bereits betont, erst im Verlaufe der Allgemeinkrankheit auftreten und nicht die ersten Symptome derselben sein. Im letzteren Falle könnte aber die Hauterkrankung, wie früher und auch bezüglich des Verhältnisses der Mycosis fungoides zur Pseudoleukämie angedeutet wurde,

sozusagen das Gelegenheitsmoment zur Entstehung derselben abgeben.

Einen weiteren Irrthum können klinisch multipel in der Haut zur Entwicklung gekommene Geschwülste bilden, die Metastasen einer echten, nicht offenkundigen Neubildung sind.

Bei dem wechselhaften Bilde, welches die Pseudoleukämie, verschiedene lymphatische und histologisch ähnliche, aus wenig differenzirten jungen Zellen znsammengesetzte, multipel auftretende Geschwulstbildungen zeigen, halte ich es somit für nicht möglich, die dabei vorkommenden Hautaffectionen bereits genau zu präcisiren. Wir müssen diesbezüglich noch neue Erfahrungen sammeln.

---

Herr Riehl (Wien):

## Ueber Leukaemia cutis.

Unsere Kenntnisse über die lymphatischen Erkrankungen der Haut weisen in klinischer, ätiologischer und pathologisch-anatomischer Beziehung noch so viele Lücken und so viele unverständliche Punkte auf, dass die genaue Beobachtung neuen Materiales unter Berücksichtigung aller neueren klinischen und anatomischen Untersuchungsmethoden dringend nöthig erscheint. Ich erkläre mich mit den Anschauungen des Herrn Prof. Paltauf — auch in klinischer Beziehung — vollkommen einverstanden und möchte wünschen, dass bei neuen Beobachtungen fernerhin die Gesichtspunkte meines Freundes P. besondere Berücksichtigung finden mögen.

Bei der relativen Seltenheit der in diese Gruppe gehörigen Affectionen der Haut kann uns jeder einzelne Fall Neues lehren. Ich glaube deshalb berechtigt zu sein, Ihnen hier über einen Fall von leukämischen Veränderungen der Haut in Kürze zu berichten, der eine bisher unbekannte Form dieser Erkrankung repräsentirt und klinisch ein von den bisher beschriebenen leukämischen Erkrankungen der Haut abweichendes Bild darbot.

Er betraf eine 57 Jahre alte Taglöhnersgattin. Die Kranke gab an, dass ihr Leiden im September 1889 begonnen habe. Zunächst war ein heftig juckender ekzemähnlicher Ausschlag im Nacken aufgetreten, der sich im Laufe von Monaten über den ganzen Körper verbreitet hat.

Die Röthung und das Jucken schwanden trotz aller Therapie nicht, es stellte sich nach und nach Verbreitung der Röthung und Verdickung der ganzen Haut ein — zuletzt an Händen und Füssen. Patientin klagte über Druckempfindlichkeit und Spannung an der ganzen äusseren Decke. An sich berührenden Stellen trat zeitweilig Nässen auf, das wieder verschwand. Angeblich gleichzeitig merkte P. das Auftreten von unter der Haut sitzenden Geschwülsten am Halse, in inguine etc.

Eine derartige Geschwulst am Halse, die erweicht und spontan durchgebrochen war, veranlasste P., sich im Wiedener Krankenhause aufnehmen zu lassen.

Der Befund bei der Aufnahme am 31. Mai 1890 führte zur Diagnose: Leukämie. Ich will nur in Kürze erwähnen, dass eine bedeutende Vergrösserung der Leber und Milz constatirt wurde, und die Mehrzahl der Lymphdrüsen erbsen- bis apfelgross intumescirt war. Der Blutbefund bestätigte die Diagnose:

$$w : r = 1 : 24 \text{ bis } 26.$$

Die Untersuchung der nach Ehrlich gefärbten Präparate ergab zahlreiche Lymphocyten, die gewöhnlichen polynuclearen neutrophilen Leukocyten, sehr spärliche eosinophile Zellen, höchst spärliche mononucleare Leukocyten, einzelne mit Granulis. Kernhaltige Erythrocyten wurden keine gefunden. Demnach der Befund einer sogenannten lymphatischen Leukämie.

Die Veränderungen an der Haut erstreckten sich über die ganze Körperoberfläche. Ihre Farbe ist ein lebhaftes Roth, das nur an einigen Stellen einen lividen Stich zeigt. Die Cutis ist überall in fast normaler Weise verschieblich, aber an einzelnen Körperregionen bedeutend verdickt — so namentlich im Gesichte, am Halse und in der Leistengegend. Im Gesichte springen wulstartige Hautfalten durch tiefe Furchen getrennt hervor und verursachen eine grosse Aehnlichkeit mit dem als Leontiasis bekannten Aussehen der Leprösen. Die Verdickung der Haut ist aber nirgends scharf begrenzt, so dass man nicht von »Geschwülsten« der Haut sprechen kann. Das Aussehen der Oberfläche ist sehr variabel. Grosse Strecken der Haut sind trocken und tragen spärliche Schuppen, an anderen Stellen, z. B. am Rücken, ist die Oberhaut entweder enorm verdünnt oder sogar abgestossen, so dass nässende Flächen blossliegen. An anderen Punkten findet man, dass die Hornschicht verschieblich und leicht abzureiben ist.

An den unteren Partien des Rückens und um die Malleolen besteht Oedem.

Nebstbei finden sich zahlreiche Kratzeffecte und kleine hämorrhagische Flecke.

Die oberflächlichen Lymphdrüsen am Halse bilden grosse vorragende Paquete, ebenso die in inguine; die übrigen tastbaren Drüsen sind durchwegs grösser, teigig-weich anzufühlen. Je eine Drüse am Halse und in inguine sind erweicht und haben die Haut an kleinen Stellen durchbrochen. Knochen nicht empfindlich, Herz-, Lungen- und Nierenbefund weisen keine Veränderungen auf. Temperatur normal.

Im weiteren Verlaufe der Beobachtung, welche sich bis -zum Tode der Patientin erstreckte (16. Oct.), traten keine wesentlichen Veränderungen des Hautbefundes auf.

Die Kranke hatte nur einige Tage vorübergehend gefiebert, ihr Allgemeinbefinden wurde unter Arsentherapie anfangs entschieden besser, die Wülste im Gesichte flachten sich etwas ab — später aber wurde die Schwäche immer hochgradiger und die Kranke starb.

Der Leichenbefund ergab übereinstimmend mit der im Leben gestellten Diagnose Leukämie mit den charakteristischen Zeichen der lymphatischen Form, an den Knochen konnten nur unbedeutende Veränderungen constatirt werden.

Wenn wir das klinische Bild unserer Kranken mit den bekannten Leukämiefällen (mit Betheiligung der Haut) von Biesiadecki bis Neuberger vergleichen, so zeichnet sich unser Fall, der offenbar im Verlaufe des Allgemeinleidens zur Miterkrankung der Haut geführt hat, zunächst dadurch aus, dass die Hautaffection die ganze Cutis ergriffen hat und weiters in diffuser Form aufgetreten war, im Gegensatz zu den sonst beschriebenen Knoten und Tumoren.

Die histologische Untersuchung der inneren Organe sei nur kurz erwähnt:

Leukämische Infiltration des interlobulären und interacinösen Bindegewebes sowie Anhäufung von weissen Blutkörperchen in und um die intertrabeculären Capillaren und Venen der Leber.

In der Milz Zunahme der adenoïden Substanz, sowohl der Follikel als um die Gefässe, sehr zellreiche Pulpa, deren Venen mit weissen Blutzellen angefüllt sind.

An den Nieren ganz geringe Leukocytenansammlung um einzelne Schlingen der Malpighischen Knäuel.

Die Drüsen zeigten Hyperplasie, Infiltration der Kapsel und les umgebenden Bindegewebes; ihre Lymphbahnen vollgepfropft nit weissen Blutkörperchen.

An zwei Drüsen wurde centrale Verkäsung infolge von Tuberculose constatirt, während sonst keine Zeichen von Tuberculose in den übrigen Organen nachgewiesen werden konnten.

Die histologischen Veränderungen an der Haut zeigten an den verschiedenen Stellen grosse Variationen.

Ihr wesentliches Merkmal bestand in leukämischem Infiltrat, das hauptsächlich die mittleren Antheile des Corium einnahm.

Im Allgemeinen bestanden die Infiltrate in der Haut aus verschieden grossen Rundzellen mit einfachem aber grossem Kern und wenig Protoplasma und waren in ein Reticulum eingelagert.

Die kleinsten Herde, die man als den Beginn der Hautaffection betrachten kann, bestanden nur aus Rundzellen und fanden sich in der Nähe der Gefässe und rings um die Knäueldrüsen.

Bei weiter vorgeschrittener Erkrankung nahmen die Infiltrate grössere Strecken des mittleren Cutisantheiles ein, reichten bis an die Grenze des Subcutangewebes und die subpapilläre Cutisschichte heran, gegen beide Grenzen an Dichtigkeit abnehmend.

In diesen grösseren Herden fanden sich neben den erwähnten Rundzellen — namentlich am Rande der Infiltrate — auch spindelige Elemente, Bindegewebszellen, von welchen vereinzelte mehrere Kerne aufwiesen.

Die Begrenzung der Infiltrate ist auch in ihrer horizontalen Ausbreitung nirgends scharf, vielmehr ziehen häufig streifenförmige Züge von Rundzellen zwischen die Cutisbündel weit seitwärts.

In den dichteren Infiltraten lassen sich deutlich mit weissen Blutzellen vollgepfropfte Lymphgefässe in Form gleichmässig dicker Stränge mit endothelialer Wand nachweisen.

Durch die Infiltrate ziehen gröbere Bindegewebsbündel oft völlig unverändert, offenbar nur durch die Infiltration auseinandergedrängt. Die elastischen Fasern sind gut erhalten.

Die Blutcapillaren enthalten zahlreiche weisse Blutzellen neben stark aneinanderklebenden rothen, die manchmal förmlich homogene Ausgüsse der Capillaren bilden und dann ihre Einzelcontouren nicht mehr erkennen lassen.

An anderen Hautpartien sieht man die Infiltrate weniger gehäuft, sehr deutlich um die Haarbälge, die Cutis durchsetzenden Blutgefässe und Schweissdrüsenknäuel localisirt.

Die grösseren Venen erscheinen manchmal von ringförmig angeordneten Infiltraten in ihrer Adventitia und im angrenzenden Gewebe eingescheidet; während die Arterien keine Spur von Infiltration aufweisen.

Die nässenden oder mit Borken belegten Stellen zeigen vollständiges Fehlen der Epidermis, welche durch eine dem Papillarkörper aufliegende, sehr zellreiche vertrocknete Borke ersetzt erscheint. An solchen Stellen findet man im Corium zahlreiche Eiterkörperchen und Fibrinnetze neben der leukämischen Infiltration.

An allen Hautstücken lässt sich, namentlich im Papillarkörper, in der Umgebung der grösseren Infiltrate deutlich Oedem nachzuweisen. Die Papillarschichte bietet dadurch stellenweise das Bild des Schleimgewebes.

Oedem ist auch an Stellen, welche fast frei von Infiltrat sind, öfters deutlich erkennbar durch Auseinanderdrängung der Cutisbündel und Auftreten eines feinfädigen Netzes zwischen denselben.

Im Subcutangewebe kommen nur spärliche kleine Infiltrat-Herde rings um Gefässe an einzelnen Hautschnitten vor.

Viele Bindegewebszellen in allen Cutisschichten enthalten gelbe, feine oder gröbere Pigmentkörner.

Grobgranulirte, eosinophile Zellen finden sich in allen Cutispartien zerstreut in wechselnder Menge; auffallend erscheint ihr häufigeres Vorkommen in den lockeren Infiltraten.

Im Rete Malpighi ist die ödematöse Quellung sehr deutlich und allgemein nachweisbar. Erscheinungen der entzündlichen Exsudation fehlten. Das Stratum granulosum ist mehrschichtig und mit grossen Mengen von Keratohyalin beschickt.

Die Hornschicht ist stellenweise sehr dünn, an anderen Partien in mehrfachen blätterigen Lagen gehäuft und enthält manchmal noch färbbare Kernreste.

Die epithelialen Einlagerungen der Haut zeigen secundäre Veränderungen. Die von Infiltraten umgebenen Knäuel der Schweissdrüsen sind kaum verändert, dagegen findet man zahlreiche atrophische Haarbälge und Talgdrüsen — an einzelnen Hautpartien Lichen pilaris, dessen Umgebung dann dicht mit Rundzellen infiltrirt ist.

Unsere Kranke litt demnach an typischer lymphatischer Leukämie mit einer universellen diffusen Erkrankung der Haut.

Ob diese als secundäres oder den übrigen Veränderungen gleichwerthiges Symptom der Leukämie aufgefasst werden

ist zweifelhaft; sicher jedoch, dass die Veränderungen der direct leukämischer Natur waren.

Histologisch zeigt der beschriebene Fall viele Aehnlichkeit en Befunden Biesiadecki's und Neuberger's, deren klinisch als n und Geschwülste bezeichnete Infiltrate histologisch auch überall scharf abgegrenzt erscheinen; klinisch jedoch ist er die diffuse Ausbreitung und den Mangel an eigentlichen en und Geschwulstbildungen, namentlich auch zu Beginn der nkung, ausgezeichnet.

Man könnte nach der mitgetheilten Beobachtung klinisch Formen von Hautleukämie unterscheiden, eine knotige und diffuse, obwohl nach dem histologischen Befunde die beiden en nicht gerade contrastiren, ja kaum überall strenge zu scheiden sind.

Nach den Ausführungen Paltauf's scheint auch die Differen- g der pseudoleukämischen Hautaffectionen in eine prurigo- che und eine Tumorform, wie sie nach den jüngsten Beschrei- en angebahnt wurde, noch nicht spruchreif.

Der Beginn unserer Leukämieform mit juckender ekzem- cher Hauterkrankung und das regionale Auftreten allerdings er Verdickungen stellt unseren Fall klinisch der Mykosis fun- s und der Lymphadenie nahe.

Indess ist ein diagnostischer Irrthum bei Untersuchung der en Organe, namentlich aber des Blutes, ebenso leicht zu ver- n, wie die Verwechslung der histologischen Bilder mit solchen ndter Affectionen.

Die näheren Details muss ich einer späteren Mittheilung halten.

(Es folgt die Demonstration histologischer Präparate.)

---

Herr Ernest Besnier und H. Hallopeau.

## Sur les érythrodermies du Mycosis fongoïde.

La nature myco-fongoïde de certaines érythrodermies généra- considérée comme très probable par nous en 1889, a été, s lors, mise au-dessus de toute contestation par les nouveaux que nous avons communiqués à la Société française de der- ogie; nous nous proposons aujourd'hui d'indiquer, dans un

tableau d'ensemble, quels sont les caractères cliniques de ces dermatoses, sous quelles formes diverses elles se présentent, quels sont leurs rapports avec les autres manifestations du mycosis fongoïde et quelles difficultés peut en soulever le diagnostic. Les faits sur lesquels nous nous appuierons sont au nombre de six: cinq d'entre eux ont déjà publiés en totalité ou en partie: nous en résumerons les principaux traits; deux de nos malades les plus importants sont encore en observation.

## I. — Exposé des faits.

Observation I. Communiquée par E. Besnier, à la réunion clinique de l'hôpital St-Louis le 28 mars 1889. (Résumé.)

La maladie de C. C. a débuté en octobre 1888 par une série de nodosités prises par le médecin traitant pour des furoncles ou des anthrax, mais qui lorsqu'elles s'ouvraient, donnaient issue, pour la plupart, à un liquide clair et légèrement collant et non à du pus. Le malade éprouva ensuite de violentes démangeaisons, sa peau devint le siège d'une éruption rouge qui bientôt en occupa toute la surface. Au premier examen on constate une rougeur universelle, violacée par places; une desquamation généralisée sans squames agglomérées; il existe des fissures, prononcées surtout aux doigts et aux mains. La peau est partout infiltrée et épaissie; elle est en même temps plissée et semble devenue trop large pour les parties sous-jacentes; on voit, sur les oreilles, de petites croûtes recouvrant des fissures; les cheveux et les poils tombent; on compte 18 nodosités furonculoïdes et, en outre, au sacrum, une tumeur saillante en forme de macaron.

La tuméfaction des téguments de la face et l'exagération de leurs plis donnent à cette région un aspect léontiasique tout particulier il en résulte que ce malade offre une ressemblance extraordinaire avec le masque chromographique du cas de lymphodermie pernicieuse représenté par Kaposi.

Le grattage incessant amène des excoriations et du suintement. mais sans lésions de prurigo; la température cutanée est d'un demidegré supérieure à la normale. Le malade s'athrepsie rapidement, est atteint d'une diarrhée incoercible, et succombe en juin 1889.

Observation II. — Communiquée par M. Vidal à la réunion clinique de l'hôpital St-Louis du 28 mars 1889. (Résumé.)

D.... André, âgé de 66 ans, a vu son éruption commencer trois ans auparavant après un bain trop chaud; elle était caractérisée d'abord par des boutons rouges disséminés sur les avant-bras et des plaques rouges suintantes très prurigineuses sur la poitrine et le dos; depuis lors, elle s'est graduellement étendue; elle envahit la face en septembre 1884; le malade entre alors à St-Louis.

La face a une physionomie toute spéciale: la peau y est rouge, luisante, comme vernissée, surtout à la région malaire, épaissie et indurée; le cuir chevelu est également épaissi; au cou et à la nuque, la peau, rouge et épaissie, présente des plis linéaires; la peau du dos et de la poitrine est très irrégulièrement épaissie et tigrée de larges taches rouges; dans les régions du ventre et des reins, la peau est seulement le siège d'un épaississement sclérémateux très accusé; au niveau des membres, l'éruption ne s'est pas actuellement généralisée; il n'y a que par places de la rougeur et de l'épaississement de la peau. Ultérieurement, il se fait une série de poussées, avec réaction fébrile, augmentation de la rougeur et de la tuméfaction cutanées dans les parties où elles existaient et envahissement de nouvelles régions; le tégument est parfois intéressé dans presque toute son étendue; ces poussées durent quelques jours; elles laissent à leur suite, soit de la rougeur, soit une pigmentation avec épaississement; les cheveux ainsi que les poils des aisselles et du pubis tombent en totalité; il reste seulement quelques poils aux lèvres et au menton; sur la voûte crânienne, les follicules pileux sont élargis et obstrués par des amas d'épiderme. Il ne se produit pas de desquamation, sauf très-passagèrement et dans des régions très-limitées. Le prurit est intense et incessant; il donne lieu à de nombreuses marques de grattage, mais non à des lésions de prurigo; les ganglions des régions parotidiennes, axillaires et inguinales sont énormément tuméfiés.

Outre les érythrodermies, il se produit des plaques rouges, foncées, très saillantes et de consistance molle; elles s'affaissent bientôt et laissent à leur place des placards rouges et diffus; à plusieurs reprises, il survient des éruptions de pustules ecthymateuses ou d'impétigo; parfois, on note des ulcérations superficielles et suintantes: elles sont vraisemblablement consécutives au grattage. Il se produit dans la bouche, sur le bord des lèvres, de petites ulcérations superficielles blanchâtres. En diverses régions, la peau est le siège de nodules très durs qui se déplacent d'un jour à l'autre: quelques croûtes sont enchâssées dans la peau au niveau du cuir chevelu; pendant les poussées, les conjonctives et les cornées sont intéressées: il en résulte une kératite ulcéreuse; plus tard, on note que les conjonctives sont injectées et les cornées en partie opaques et recouvertes de fausses membranes; il y a de l'ectropion. Le malade meurt 5 ans environ après le début de sa dermatose. L'examen du sang avait montré qu'il y avait de la leucocytose et de l'hypoglobulie, mais non de la leucémie; la rate était plutôt petite.

Cette observation est publiée sous le titre de lymphodermie pernicieuse, mais M. Vidal ne considère pas comme démontré qu'il s'agisse d'une maladie diffèrente du mycosis fongoïde.

Observation III. — Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde. Communication faite au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie le 9 août 1889, par H. Hallopeau. (Résumé.)

Le malade, âgé de 47 ans, fait remonter au mois de septembre 1886 le début de son éruption; elle a été précédée et accompagnée de

vives démangeaisons ainsi que de tuméfaction des ganglions inguin
et axillaires; d'abord limitée aux parties latérales du ventre et de
poitrine, elle s'est bientôt étendue à presque toute la surface du co
Au moment de l'entrée, elle est presque partout uniforme et rapp
à s'y méprendre, l'aspect de la scarlatine; il n'y a d'intervalles de p
saine qu'au-dessous des clavicules, aux coudes, aux avant-bras et
extrémités; la peau est épaissie; ses plis sont plus marqués qu'à l'
normal; les surfaces rouges forment un relief très peu prononcé, ap
ciable, à la vue seulement, au-dessus des rares parties qui sont res
indemnes; la desquamation est pour ainsi dire nulle; les adénopat
forment des masses énormes dans les régions indiquées. Le prurit
cessant s'exaspère fréquemment et le malade se gratte alors avec
nésie; il se fait des excoriations parfois consécutives à des vésicules
à des phlyctènes, d'autres fois des ecchymoses, mais jamais de prurig
la facilité avec laquelle on produit des ecchymoses par le simple gratta
indique une diminution de la résistance que les parois des capillair
opposent normalement au passage des globules rouges; à plusieurs
prises, il se produit des plaques saillantes et indurées; elles disparaisse
généralement au bout de peu de jours; plusieurs d'entre elles cependa
siégeant au scrotum et atteignant le volume d'un haricot, persister
elles ont les caractères de néoplasies mycosiques. L'intensité de la ro
geur varie souvent d'un jour à l'autre. Une biopsie, pratiquée p
M. Wickham, dénote la formation, au-dessous du corps papillaire d
généré, d'une couche relativement épaisse de tissu adénoïde; il n'y
pas de leucémie. Le malade a succombé l'année suivante sans avoir pr
senté de nouveaux phénomènes morbides.

Observation IV. — Communiquée le 10 décembre 1891 à la Société
française de dermatologie et de syphiligraphie, par MM. Hallopeau
Jeanselme, dans une note sur la forme généralisée du mycosis fo
goïde et sur les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cet
maladie. (Résumé.)

Il s'agit d'un père franciscain, âgé de 44 ans, chez qui les pr
mières manifestations de la maladie se sont produites 9 ans auparavan
elles ont consisté d'abord en des éruptions successives et multiforme
accompagnées d'une sensation de vive chaleur et de violentes déma
geaisons.

L'un de nous, E. Besnier, qui donna des soins à ce malade,
intervalles éloignés, mais pendant plusieurs années consécutives, po
un prurit cutané à lésions multiformes: urticaire pigmentaire, éruptio
acnéiques, plaques lichénoïdes, placards eczématoïdes légèrement humid
et croutelleux, constata, pour la première fois seulement en juillet 189
des indices mycosiques positifs, infiltrations du derme au niveau d
fesses et des cuisses, ainsi que des adénopathies inguinales et axillair
et enfin une tuméfaction notable des mamelons. Il diagnostiqua alo
un mycosis fongoïde, larvé jusqu'à cette époque, sous les caractères
dessus indiqués. Il décide le malade à entrer à St-Louis, en septemb
1891, et c'est à ce moment, pour la première fois, qu'il se fait, à quelqu

semaines d'intervalles, trois poussées successives d'érythrodermie scarlatinoïde généralisée avec réaction febrile; elles sont suivies d'une abondante desquamation qui se renouvelle pendant plusieurs semaines, rappellant celle que l'on observe dans l'érythème scarlatiniforme récidivant. En décembre, cette desquamation a presque entièrement disparu, mais la rougeur scarlatiniforme persiste; elle s'accompagne d'une tuméfaction du derme très-prononcées. Cet épaississement est surtout marqué au niveau des paupières supérieures, des oreilles, du fourreau de la verge et des mamelons qui sont très-proéminents. Les plis naturels s'exagèrent et se multiplient, la peau tuméfiée semblant trop large pour les parties sous-jacentes; de nombreux plis parallèles se sont ainsi produits dans les régions abdominale et fessière; en diverses régions, et particulièrement aux cuisses, ces plis forment un quadrillage très-accentué. Le système pileux est en voie de disparition; l'alopécie est à peu près absolue sur toute la partie supérieure du crâne; les cils et les sourcils sont très-raréfiés, les régions axillaires et le scrotum presque glabres; les ongles sont intacts.

Dans plusieurs régions, la peau est soulevée par des élevures peu prononcées, mais d'aspect caractéristique: ce sont des néoformations mycosiques. Des adénopathies volumineuses existent aux aines et dans les aisselles. Il n'y a pas de leucémie; la rate ne paraît pas augmentée de volume.

Nous avons continué, depuis notre communication à la Société de dermatologie, à observer ce malade; la suite de son observation peut être résumée ainsi qu'il suit:

La poussée érythrodermique signalée rétrocède rapidement; la rougeur persiste néanmoins sur toute la surface du corps, mais, en plusieurs régions, il faut la chercher; elle est surtout prononcée sur les parties latérales de la région dorsale, dans les aisselles, dans les flancs et au niveau des membres inférieurs; les téguments restent très notablement épaissis; leurs plis sont exagérés; de nouvelles tumeurs mycosiques se sont manifestées en même temps que d'autres s'affaissaient; elles sont cependant encore peu nombreuses et peu volumineuses; la plus considérable est toujours celle qui a été signalée entre le mamelon et l'aisselle du côté gauche; elle mesure environ 4 centimètres verticalement sur 3 transversalement; elle s'est affaissée dans une partie de son étendue. La santé générale est relativement bonne; il ne se produit plus de poussées fébriles.

Comme phénomènes nouveaux, il faut mentionner l'apparition, sur toute la surface du corps, de taches pigmentées, et celle, à la face, de petits nodules militaires, de coloration blanchâtre, qui offrent tous les caractères de ceux qui sont produits par l'oblitération des conduits sudoripares.

Les taches pigmentées sont disséminées sur toute la surface du corps: on en voit un plus grand nombre sur les pavillons des oreilles et sur le dos des mains; quelques-unes d'entre elles sont légèrement saillantes; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis: leur forme est irrégulièrement arrondie; leur coloration

est généralement d'un brun très-foncé, presque noire; quelques-unes sont d'un brun plus clair; elles ne pâlissent nullement sous la pression du doigt; certaines sont légèrement déprimées, dans leur partie centrale.

On voit en outre un grand nombre de macules décolorées, mais, le malade, présentant à la face, et particulièrement sur le lobule du nez, des cicatrices de variole, on doit se demander si les macules ne reconnaissent pas la même origine; il affirme, il est vrai, qu'elles sont d'origine récente; mais il est possible qu'elles remontent au contraire à la convalescence de sa variole et qu'elles ne soient devenues apparentes qu'au moment où s'est produite l'érythrodermie.

Les adénopathies inguinales et axillaires ont très notablement diminué de volume depuis l'époque de la poussée érythrodermique.

Observation V. — Malade présenté par E. Besnier à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, le 10 mars 1892. (Résumé.)

Après une période antémycosique qui a duré près de 5 ans, et a été caractérisée par un prurit cutané paroxystique, avec des lichénisations et des eczématisations disséminées partielles, des formations ecthymatoïdes, observées par Vidal, et par Wickham, et considérées surtout comme du »lichen«, il s'est développé brusquement, d'une façon inopinée, et sans aucun cause connue, au mois d'octobre 1891, en même temps qu'un paroxysme de prurit cutané, de nombreuses petites tumeurs mycosiques dont plusieurs se sont très rapidement ulcérées, des tumeurs ganglionnaires et peu après, ou peut-être simultanément, une érythrodermatite généralisée. Au moment de la présentation du malade à la Société française de dermatologie, il existe à peine quelques îlots de réserve, distribués surtout entre les épaules; partout ailleurs, la peau est d'un rouge violâtre; elle est le siège d'une desquamation furfuracée, visible partout, peu marquée aux membres inférieurs, très-évidente aux membres supérieurs et sur le tronc, principalement aux épaules; dans les endroits où la peau est plus fine, comme aux mamelons, cette desquamation se fait par croûtelles qui ne s'éliminent pas et finissent par former un enduit jaunâtre craquelé, d'aspect séborrhéique; pareils faits se produisent aux plis naturels, et à l'ombilic. Le tégument est infiltré et ses plis sont épaissis; il garde l'impression du doigt. Les masses ganglionnaires font saillie dans les régions axillaires et inguinales. Il n'y a pas de leucémie. L'épaisseur sans rides de la peau du front, le double ectropion donnant aux yeux un aspect pleurard, l'absence des plis normaux de la face et l'élargissement de sa base par l'envahissement de tumeurs mycosiques, tout contribue à rendre cette tête aussi caractéristique du mycosis fongoïde que le léontiasis l'est de la lèpre. Ce malade a succombé rapidement avec une athrepsie suraigue à des accidents de staphylococcémie.

Observation VI. (Inédite.)

X. . . ., 60 ans, vigoureusement constitué, habitant un département du centre de la France, n'a jamais été malade jusqu'au début de l'affection actuelle, aux premiers mois de l'année 1891.

La maladie a commencé par du prurit, et par la formation de »plaques rouges«; limitée d'abord aux membres inférieurs, elle s'est étendue progressivement et rapidement aux autres parties du corps, mettant environ trois mois à se généraliser. En même temps que le prurit et l'éruption rouge, il se produisait des sudations abondantes, pour lesquelles le médecin traitant a prescrit de l'atropine; sous l'action de cette médication, ou en coïncidence avec elle, les phénomènes éruptifs sont devenus plus intenses, mais l'érythrodermie existait déjà auparavant.

Le prurit a été, dès le commencement, extrêmement intense, et, depuis lors, il n'a jamais cessé; il coëxiste avec une sensation de cuisson, de brûlure, très pénible; il s'accroît après les repas et devient alors intolérable.

Pour se soulager, le patient se met nu et se frictionne avec frénésie, soit avec les ongles, soit avec une brosse; ses ongles usés et polis témoignent de ce grattage, mais la peau ne présente, en aucun point, de lésions de prurigo.

La couleur de la peau est d'un rouge scarlatiniforme intense; cette rougeur généralisée, uniforme, est moins prononcée à la face et aux extrémités que sur le reste du corps; elle est plus intense à la nuque, dans les régions axillaires, inguinales et poplitées, ainsi qu'aux lombes. Elle est presque continue car elle est tachetée seulement en un point limité à la partie, postérieure et externe de la cuisse droite où elle forme des taches de deux à trois millimètres, légèrement saillantes, presque confluentes.

De plus, phénomène très-curieux, sur les grandes nappes rouges du tronc, il s'est produit des centres de décoloration et de régression qui constituent des disques blancs se détachant avec une grande netteté sur les surfaces rouges qui les entourent; on en compte quatre au devant du tronc, trois dans le dos, autant ou plus sur la cuisse gauche et sur les membres supérieurs, en tout une vingtaine; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de cinq francs; la sensibilité y est conservée; ils semblent déprimés, mais ce n'est là qu'une apparence due à la saillie des parties rouges qui les environnent: cette saillie est des plus nettes à la vue et au toucher; elle est en relation avec l'épaississement que présentent partout, à un degré variable, les parties rouges.

En effet, dans toute l'étendue de l'érythrodermie, la peau est beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal, le pli qu'elle forme quand on la prend entre les doigts est considérablement accru, et sa consistance est notablement augmentée; cette augmentation est telle que les instruments tranchants introduits pour pratiquer les biopsies n'ont pu pénétrer que difficilement; il a fallu, pour cutamer la peau, vaincre une très-notable résistance; il en a été de même avec les scarificateurs employés pour obtenir le sang destiné à être examiné.

L'épaississement est plus prononcé à la nuque, au-devant du cou, aux aisselles, aux plis des coudes, dans les aines et aux creux poplités; la tuméfaction des téguments cesse au-dessus des articulations tibio-tar-

siennes et simule ainsi certains éléphantiasis; nulle part ils ne gardent la pression du doigt; nulle part il n'y a trace d'œdème.

C'est dans les régions de son épaississement maximum que les plis pathologiques de la peau sont le plus considérables; ils forment aux aisselles de véritables bourrelets; on distingue en outre, dans cette dernière région, des saillies végétantes conglomérées que séparent des sillons; leur couleur et leur consistance sont celles des parties voisines; leurs contours sont irrégulièrement polygonaux: quelques-unes d'entre elles partent du fond des plis: ces saillies, qui méritent le nom papules, ne sont que l'exagération d'un état mamelonné qui existe sur la plus grande partie de la surface tégumentaire; en beaucoup de points elles sont circumpilaires: il en est ainsi particulièrement à la face et dans la région abdominale où elles simulent la chair de poule; elles sont très prononcées à la nuque où les séparent des plis transversaux irréguliers: beaucoup sont le siège d'une dépression ponctiforme comblée par un grain solide coloré ou non en brun sombre; il en est de même des éléments mamelonnés.

Dans les dos, plusieurs de ces saillies offrent l'aspect de petits condylomes de même consistance et de même couleur que les parties voisines; on y remarque en outre un certain nombre de nodules miliaires, de couleur blanc-jaunâtre, qui répondent à des orifices oblitérés de glandes sudoripares. On voit enfin dans la même région un certain nombre de taches pigmentaires de couleur brunâtre; peut-être ces dernières sont-elles en partie d'origine traumatique; ce qui porte à émettre cette supposition, c'est la présence, au devant du cou, de taches ecchymotiques que le malade a produites lui-même en tordant ses téguments avec violence pour soulager son prurit; il se livre à cette manœuvre plusieurs fois par jour, de préférence après les repas.

Les saillies mamelonnées ne se retrouvent plus au niveau des plaques décolorées; cependant les plis de la peau n'y sont pas effacés: sa consistance n'y est pas augmentée; il ne semble pas, d'apres l'examen macroscopique, qu'il s'y soit produit une rétraction scléreuse du derme.

Les téguments de la verge sont très notablement épaissis; les plis y sont exagérés; on y remarque une série de petites taches violacées ponctiformes: le malade ne dit pas qu'elles soient consécutives à des violences exercées sur cette région.

Abstraction faite des sueurs profuses non constantes dont nous avons parlé plus haut, la peau, sur toute l'étendue de l'érythrodermie, est sèche; et rude; il n'y a jamais eu, en aucun point, de suintement proprement dit.

Enfin, nous aurons terminé tout ce qui concerne les altérations de la peau en ajoutant, qu'il n'y a pas, et qu'il n'y a jamais eu, de desquamation d'aucune espèce.

La muqueuse labiale présente, au niveau de son union avec la peau, une coloration blanchâtre sur laquelle tranchent de petites taches violacées.

Il existe sur la face interne des lèvres, ainsi que sur le bord droit de la langue, de petites taches d'apparence ecchymotique. Sur le bord gauche de la langue, une induration avec coloration blanchâtre

la muqueuse paraît avoir été provoquée par le contact irritant d'une dent cariée.

Enfin, sur le dos de la langue, se trouve une courte dépression transversale qu'entourent des saillies papuleuses légèrement indurées et plus sombres que les parties voisines.

Les ongles sont remarquablement lisses, polis, luisants et amincis vers leur bord libre taillé obliquement en biseau; il s'est produit, sous l'influence des grattages réitérés, une véritable usure de ces organes.

Les ganglions du cou, des aisselles et des aines sont considérablement tuméfiés.

A part un léger amaigrissement, il n'existe pas chez X..., de troubles notables de la santé générale; il n'y a aucun signe appréciable de lésions viscérales; ni la rate, ni le foie ne paraissent augmentés de volume. L'état moral reste excellent. Au moment de la publication de cette note, le prurit persiste, mais il se produit une accalmie générale dans l'érythrodermatite, accentuée surtout aux points où la maladie a débuté, c'est-à-dire aux membres inférieurs.

## II. — Nosographie.

1° Mode de début. — Il diffère beaucoup suivant les cas.

L'érythrodermatite peut ouvrir la scène, en même temps que le prurit (obs. II, VI, et peut-être obs. III), ou n'apparaître que plus ou moins longtemps après diverses éruptions antémycosiques, plusieurs mois ou plusieurs années.

La rougeur envahit presque constamment la plus grande partie de la surface tégumentaire, mais cette généralisation ne se fait pas d'emblée: le malade remarque d'abord des taches rouges dont l'apparition coïncide avec un prurit intense; ce n'est qu'au bout d'un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines que ces taches s'étendent et que, le plus souvent, l'érythrodermatite devient presque générale. Parfois, une irritation accidentelle des téguments est signalée par le malade comme en ayant été la cause occasionnelle: c'est ainsi que, dans l'observation II, elle est survenue après un bain trop chaud et que dans l'observation VI, elle s'est exaspérée après un traitement par l'atropine qui paraît avoir provoqué une poussée.

2° Caractères cliniques. — L'érythrodermie, ou mieux l'érythrodermatite, coïncide avec un épaississement plus ou moins considérable de la peau, une exagération de ses plis et de sa consistance; elle peut s'accompagner en outre d'élevures et de troubles de la pigmentation.

La rougeur peut présenter chez les différents sujets, et chez le même individu, suivant les régions et le moment où on l'observe, des caractères différents.

Elle est le plus souvent disposée en nappes uniformes; son intensité est des plus variables: elle offre dans certains cas la plus grande analogie avec celle de la scarlatine; d'autres fois, elle mérite les qualifications de violâtre, de rose intense ou pâle, de rouge violacé, érysipélateux, sombre, framboisé, vineux; cette rougeur disparaît plus ou moins complètement sous la pression du doigt.

Concurremment, la peau est plus ou moins épaissie; ses plis naturels sont exagérés: ils forment par places des quadrillages semblables à ceux des »lichénisations«. La peau semble devenir trop large pour contenir les parties sous-jacentes (obs. I); il est habituel de la voir former des replis volumineux sur les parties latérales du tronc; dans notre observation VI, ces replis constituent, aux aisselles, de véritables bourrelets que séparent des sillons profonds. On peut également constater l'épaississement de la peau en la prenant entre les doigts: on obtient ainsi une sensation toute particulière sur laquelle Kaposi a insisté à juste titre dans la discussion qu'a soulevée au précédent Congrès notre observation III.

Cet épaississement coïncide souvent avec une augmentation de la consistance de la peau; elle est telle, chez le malade de notre observation VI, que le bistouri introduit pour pratiquer une biopsie a eu de la peine à y pénétrer; il en a été de même des aiguilles employées pour obtenir le sang destiné à l'examen.

Il est très-exceptionnel de trouver, comme dans notre observation V, les plis normaux de la face complètement effacés; l'œdème est également rare; généralement les téguments épaissis ne s'affaissent pas, en raison de leur induration, sous la pression du doigt et n'en gardent pas l'empreinte.

La desquamation peut être nulle; il en a été presque constamment ainsi dans notre observation III; ce n'est que très-exceptionnellement, et constamment après l'application de topiques irritants, que nous y avons noté, par places, de légers furfurs; de même chez le malade de notre observation VI, il n'y a pas trace de ce phénomène; dans trois autres de nos faits, il s'est produit une légère desquamation furfuracée; chez notre franciscain seulement, les poussées aiguës d'érythrodermie ont été suivies d'une abondante exfoliation de l'épiderme qui s'est continuée pendant plusieurs semaines, offrant ainsi les caractères de celle que l'on observe à la suite des érythèmes scarlatiniformes.

Les ongles restent le plus souvent intacts; s'ils sont altérés dans notre observation VI, c'est par l'usure du grattage; dans un seul de nos faits (observation III), on y a noté une série de dépressions transversales, indiquant un trouble dans leur nutrition.

Leur intégrité habituelle est d'autant plus remarquable que le système pileux est au contraire, dans la plupart des cas, très intéressé; la plupart des malades ont de l'alopécie; concurremment, les poils des aisselles et ceux du pubis tombent en totalité ou en partie.

L'alopécie cependant n'est pas complète; il persiste généralement un petit nombre de cheveux grêles.

Tous les ganglions accessibles à l'exploration sont, dans la plupart des cas, plus ou moins tuméfiés; il n'y a pas de fait dans lequel ces organes soient restés intacts; ils forment le plus souvent des masses volumineuses qui font des saillies appréciables à la vue; les adénopathies parotidiennes, en déformant la tête, peuvent contribuer à donner au malade une étrange physionomie (obs. V); dans aucun cas ces adénopathies n'ont suppuré.

Parmi les troubles fonctionnels, il en est un qui est constant et constitue un des caractères essentiels de la maladie, nous voulons parler du prurit: il est, pour ainsi dire, incessant et s'exagère par crises, assez souvent après les repas; il se produit avec intensité dès le début de la maladie pour persister pendant toute sa durée; il tourmente les malades jour et nuit et trouble leur sommeil; il est généralisé à toute la surface des téguments. Le besoin de grattage est irrésistible; nous avons vu qu'un de nos malades (obs. VI) s'est usé les ongles à le pratiquer; leurs bords libres sont obliquement taillés en biseau; leur surface brillante et vernissée a l'aspect de l'ivoire; ce même malade s'est procuré, dans le but de soulager son prurit, une brosse en laine avec laquelle il se frotte énergiquement; dans presque tous nos faits, cette frénésie de grattage est mise en relief.

Il en résulte des altérations secondaires des téguments: ce sont des excoriations, du suintement, des ecchymoses; il semble que, chez certains sujets, ces dernières se produisent plus facilement en raison d'une altération des parois capillaires; mais on ne voit pas se produire les papules croûteuses du prurigo; peut-être les altérations que l'histologie dénote le plus souvent dans les papilles du derme ne permettent-elles plus à ces organes de réagir comme ils le font chez les sujets atteints seulement de parasites cutanés ou d'un trouble de l'innervation sensitive de cause indéterminée.

Cependant ces lésions purigineuses ne se produisent pas, même au début; on ne les observe pas davantage dans le prurit sénile pur, où la même supposition est sans fondement.

Il est probable qu'il faut rapporter au transport, par le grattage, d'éléments infectieux les pustules d'ecthyma qui, dans plusieurs de nos faits, se sont reproduites à diverses reprises.

La température de la surface du corps peut dépasser la normale.

La sécrétion sudorale est parfois exagérée.

L'éruption cutanée est dans certains cas plus complexe que nous ne l'avons indiqué précédemment.

Il n'est pas rare, en premier lieu, que la rougeur se présente sous la forme de petites taches arrondies; elles font au-dessus des parties saines un relief qui peut n'être appréciable qu'à la vue (obs. III); l'aspect de l'éruption est alors »lichenoïde«.

D'autres fois, il existe sur la plus grande partie de la surface tégumentaire un état mamelonné; on voit un poil follet au centre de chaque élevure (obs. VI); à un degré plus avancé, il se forme de véritables papules ou des saillies végétantes à contours irrégulièrement polygonaux; nous avons vu que, dans notre observation VI, elles surmontaient les bourrelets des régions axillaires; quelques-unes d'entre elles partent du fond des sillons intermédiaires; ces saillies peuvent de même être très prononcées à la nuque où les séparent des plis transversaux irréguliers.

Beaucoup de ces saillies végétantes ou mamelonnées présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme comblée par un grain solide coloré ou non en brun sombre.

Nous avons signalé chez le même malade, la présence dans le dos, de beaucoup de saillies offrant l'aspect de petits condylomes de même couleur et de même consistance que les téguments voisins.

Chez ce sujet et chez notre franciscain, nous avons noté, en différents points de la surface cutanée, et plus particulièrement à la face et dans le dos, de petits nodules miliaires, de couleur blanc-jaunâtre et toute à fait semblables à ceux que constituent les conduits sudoripares dont l'orifice se trouve oblitéré; tel est également, selon toute vraisemblance leur mode de production.

Chez ces mêmes malades, il s'est produit des taches pigmentées; elles sont disséminées sur toute la surface du corps; elles sont nombreuses surtout, chez notre franciscain, sur les pavillons des oreilles et sur le dos des mains; quelques-unes

d'entre elles sont légèrement saillantes; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis; leur forme est irrégulièrement arrondie; leur coloration varie du brun-clair au brun-très-foncé, presque noir, en passant par tous les intermédiaires.

L'épaississement de la peau, l'effacement ou l'exagération de ses plis normaux et les adénopathies peuvent produire des déformations considérables; les plus remarquables sont celles de la tête: il y a fréquemment de l'ectropion; la tuméfaction des ganglions rétro-maxillaires peut donner à l'extrémité céphalique l'apparence dite piriforme (obs. I).

Les muqueuses restent généralement indemnes; il est peu probable, que les plaques blanchâtres développées sur la muqueuse buccale en dehors des commissures soient en relation avec la maladie; elles ont tous les caractères de plaques des fumeurs, bien que notre franciscain, chez qui elles existent, assure qu'il ne fume que fort peu.

Chez un autre malade cependant (obs. VI), la muqueuse labiale présente, au niveau de son union avec la peau, une coloration blanchâtre sur laquelle tranchent de petites taches violacées; il existe en outre sur la face interne des lèvres ainsi que sur le bord droit de la langue de petites taches d'apparence ecchymotique.

Dans un cas, il est survenu une kérato-conjonctivite qui a entraîné une ulcération de la cornée suivie d'opacités persistantes.

Constamment l'érythrodermie coïncide tôt ou tard avec des tumeurs mycosiques; elle peut les précéder de plusieurs années, les suivre ou se manifester en même temps qu'elles.

En dehors des néoplasies mycosiques, on peut observer des nodosités furonculoïdes.

3° Evolution. — L'érythrodermie présente, alors même qu'elle est persistante, des phases alternatives d'exaspération et de régression; c'est ainsi que, chez tous nos malades on a constaté fréquemment des différences dans l'intensité de la coloration. A des intervalles qui peuvent n'être que d'un jour ou deux, la rougeur s'accentue, en même temps que les sensations de cuisson et de prurit deviennent plus intolérables; puis, les téguments pâlissent graduellement jusqu'à la production d'une nouvelle exaspération. Chez notre franciscain, il est en outre survenu de violentes poussées fébriles: elles ont été tout à fait analogues aux poussées d'érythème bulleux ou de néoplasies mycosiques que l'on observe chez d'autres

Il est exceptionnel de voir la rougeur disparaître entièrement chez notre franciscain, elle est actuellement très atténuée, mais nettement appréciable cependant; chez le malade de M. Vidal (obs. II), l'érythrodermie semble avoir fait place, dans certaines régions, à une pigmentation exagérée.

Un fait de plus remarquables, et qui a été observé pour la première fois chez notre dernier malade, c'est la régression possible de l'érythrodermie en forme de plaques nummulaires qui tranchent d'une manière frappante par leur décoloration sur le rouge vif des parties qui les entourent: la blancheur de la peau ainsi décolorée est plus prononcée que celle de la peau saine. Les lésions génératrices de ces érythrodermies ont donc tendance, comme toutes les néoplasies qui se développent dans cette maladie, à subir une évolution rétrograde qui en amène la disparition complète. C'est là une des caractéristiques de la maladie; c'est elle qui, rapprochée de l'aspect papuleux que présente parfois la peau, de l'exagération de ses plis et du prurit, avait conduit M. Hardy à lui donner le nom de lichen hypertrophique.

## III. Anatomie pathologique.

La biopsie a porté, en partie sur un petit cercle de peau saine situé à la région dorsale, en partie sur la région érythrodermique voisine.

Le fragment excisé a été durci dans la gomme; les coupes ont été colorées par le picro-carmin ou l'hématoxiline et montées dans la glycérine ou le baume.

De l'examen des coupes, pour lequel Mrs. Darier et Jeanselme ont bien voulu nous aider de leurs conseils, il résulte les constatations suivantes:

Déjà, à un faible grossissement, il existe un contraste frappant entre la portion de peau saine dont les éléments constitutifs ne présentent pas d'altérations, et les parties érythrodermiques dont la texture est profondément modifiée. D'une manière générale la lésion consiste, en majeure partie, dans une infiltration extrêmement riche de cellules dans la partie superficielle du chorion.

A un plus fort grossissement, on distingue les détails suivants:

a) Epiderme. — La couche cornée est normale, ne contient pas de noyaux et ne présente pas d'indice de desquamation. La couche granuleuse est également saine. Le corps muqueux de

Malpighi n'offre qu'un peu d'hypertrophie des bourgeons interpapillaires. Les cellules de la couche profonde sont un peu moins pigmentées que celles qui occupent la portion de peau saine. Fait négatif à noter, il n'existe pas de nids intra-épidermiques analogues à ceux qui ont été signalés par MM. Darier et Wickham chez un précédent malade de M. Hallopeau,[1]) atteint de la même affection érythrodermique (obs. III), et qui ont été retrouvés récemment par M. Philippson sur un sujet porteur d'un mycosis fongoïde confirmé.[2])

b) Corps papillaire. — Il est plus apparent que normalement, mieux limité du côté du derme parce que ce dernier est infiltré de cellules dans sa partie superficielle. Ce corps papillaire est hypertrophié par places et certaines papilles ont en longeur et en largeur des dimensions anormales. Les cellules conjonctives y sont peut-être un peu plus nombreuses que d'ordinaire.

La lésion la plus apparente de cette couche, c'est la dilatation des capillaires qui en plusieurs points est énorme. Ils apparaissent comme de larges lacunes tapissées par un endothélium parfaitement régulier. Au-dessous de cet endothélium on ne trouve pas de couche hyaline semblable à celle que M. Wickham a décrite chez le premier malade de M. Hallopeau.

c) Couche superficielle du derme. — C'est la partie la plus altérée. On y observe des amas cellulaires arrondis ou en forme de triangle à sommet inférieur, disposition qui semble commandée par la distribution des vaisseaux du derme. Le caractère le plus saillant de ces îlots de nouvelle formation est la netteté de leur contour. Le passage de l'infiltration cellulaire au derme sain se fait presque sans transition. Chaque amas correspond en largeur à une série de 3 à 5 papilles. Il est toujours séparé de la couche profonde de l'épiderme par une bande plus ou moins large de tissu dermique qui n'est pas infiltrée de jeunes cellules. Inférieurement, la ligne de démarcation entre la zone infiltrée et le derme sain sous-jacent est presque aussi tranchée; toutefois, on voit s'en détacher des traînées de cellules embryonnaires qui pénètrent dans les parties profondes du derme en formant des manchons autour des vaisseaux. Latéralement, les divers îlots situés au voisinage les uns des autres ne se confondent pas ordinairement par leurs bords et sont séparés par des colonnes verticales de derme nor-

[1]) Hallopeau, Cong. internat. de dermat. Paris, 1889.
[2]) Philippson, Ann. de Dermat. et de Syph., Paris, 1892.

mal. Pourtant les amas cellulaires ne sont pas tous isolés, ils peuvent se confondre, en quelques points, en une couche presque continue.

Les amas sont composés de cellules assez nombreuses pour masquer le tissu qu'elles infiltrent. Là où elles sont le plus abondantes, elles ont un noyau rond fixant vivement le carmin, et un protoplasma peu abondant. Elles ont, en somme, les caractères des cellules embryonnaires.

Dans ces amas, on voit des blocs cellulaires arrondis ou allongés, renfermant un grand nombre de noyaux qui remplissent toute la cellule. Il y a d'ailleurs des formes de transition entre les cellules multinucléées et les cellules embryonnaires, des cellules à trois ou quatre noyaux.

Ailleurs, et notamment dans le point le plus éloigné de la peau saine, le groupement des cellules en amas devient beaucoup moins apparent. Il s'agit ici d'une infiltration diffuse, entre les éléments conjonctifs et élastiques qui apparaissent nettement, de cellules à noyaux arrondis ou ovalaires, relativement moins colorées par le carmin que les éléments précédemment décrits, à protoplasma plus abondant et finement granuleux. La forme de ces cellules est difficile à apprécier, mais un certain nombre de ces éléments sont polygonaux et semblent munis de prolongements.

Ils se rapprochent donc par la forme de leur noyau et de leur corps cellulaire des cellules fixes du tissu conjonctif. Dans cette même couche, on trouve quelques capillaires très-dilatés. Mais le fait le plus important, c'est la présence de cellules géantes typiques, les unes très-grandes avec un centre jaunâtre (sur les coupes colorées par le picro-carmin) et avec une couronne d'une quinzaine de noyaux, les autres moins volumineuses mais se rapportant au même type. Au milieu de cellules d'apparence conjonctive, on remarque un petit nombre d'espaces clairs qui semblent résulter d'une dégénérescence vacuolaire des cellules. Il est impossible d'affirmer ou de nier l'existence d'un réticulum qui servirait de charpente aux éléments contenus dans les amas cellulaires.

d) Couche profonde du derme. — Elle est presque normale. Elle est seulement sillonnée, dans les parties qui confinent à la couche superficielle du derme, par des manchons périvasculaires constitués par des cellules embryonnaires.

Les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares ne présentent aucune altération appréciable.

En résumé: absence de nids cellulaires intra-épidermiques, existence d'ectasies capillaires colossales dans le corps papillaire,

infiltrats de cellules ayant les attributs des éléments fixes des tissus et disposés sous forme d'amas à contours remarquablement nets, cellules géantes à tous les dégrés de leur évolution, tels sont les principaux caractères, positifs ou négatifs, qu'il faut relever dans la description précédente. Celle-ci présente donc les plus grandes analogies avec celle de M. Philippson et se rapproche aussi par certains côtés de celle qu'ont donnée MM. Darier et Wickham.

## IV. — Différenciation clinique.

Le diagnostic n'offre pas de réelles difficultés quand l'érythrodermie existe concurremment avec des néoplasies mycosiques; mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi et que, pendant des années, ces tumeurs peuvent faire défaut.

L'érythrodermie peut être alors confondue avec une forme anormale de lichen, un pityriasis rubra, une dermatite scarlatiniforme primitive ou liée à un psoriasis, une érythrodermie exfoliante chronique.

On devra se prononcer en faveur d'une érythrodermie mycosique quand la peau sera notablement épaissie, indurée, facile à plisser et trop large pour son contenu; quand il n'y aura pas trace de desquamation, quand les malades accuseront un prurit intense provoquant un grattage incessant et frénétique, quand il existera concurremment de très volumineuses adénopathies.

Dans les cas où l'éruption se présente par places sous la forme de papules, le diagnostic avec la forme aiguë du lichen plan peut offrir des difficultés; dans les deux cas en effet, on voit de grandes nappes grenues, d'un rouge brun, la peau semble épaissie à leur niveau, la desquamation peut y faire défaut, les malades accusent un prurit intense, toute la surface du corps est presque envahie; mais, en pareil cas, on voit toujours un certain nombre de papules typiques qui caractérisent le lichen plan; d'autre part, l'évolution de la maladie n'est pas la même: ces lichens plans ne restent pas longtemps généralisés; bientôt les papules se localisent dans certaines régions avec leurs caractères pathognomoniques.

Dans le pityriasis rubra, la peau est constamment le siège d'une fine desquamation; nous avons vu qu'elle peut faire défaut dans l'érythrodermie mycosique; de plus, dans le pityriasis, la peau est généralement amincie, elle ne peut être plissée, elle est luisante et rétractée, le prurit est modéré, les adénopathies, si elles existent, sont beaucoup moins prononcées.

Les érythèmes scarlatiniformes se distinguent des érythrodermies mycosiques par l'acuité plus grande du début, l'absence d'épaississement de la peau et d'adénopathies et surtout par l'abondance de l'exfoliation; nous avons vu cependant que, dans un de nos faits, la desquamation avait été très abondante et persistante, mais, dans ce cas, les antécédents du malade, l'apparition de cette érythrodermie exfoliante après une longue période d'éruptions prémycosiques, et enfin l'existence du néoplasies caractéristiques ne pouvaient laisser de place au doute.

Les dermatites scarlatiniformes qui surviennent dans le cours du psoriasis et en constituent une manifestation, se distinguent des érythrodermies mycosiques par l'aspect tendu de la peau, sa surface brillante et comme satinée, la desquamation foliacée et la persistance d'îlots respectés par l'éruption: nous avons vu cependant que, dans l'érythrodermie mycosique, les lésions pouvaient rétrocéder par places et former ainsi des placards décolorés qui, comme les parties restées saines de la peau chez les psoriasiques, tranchent sur la coloration rouge des parties malades; les signes différentiels que nous venons d'indiquer permettent d'arriver au diagnostic.

Les caractères que nous avons reconnus aux érythrodermies mycosiques permettront de les distinguer des diverses formes de dermatites exfoliantes chroniques.

Comment étaient classées ces érythrodermies avant que leurs rapports avec le mycosis n'eussent été mis en lumière? il est difficile de s'en rendre compte; on peut présumer cependant avec vraisemblance quelles ont dû être englobées surtout parmi les cas de lichen agrius, lichen ruber et de pityriasis rubra, etc.

## V. — Nature de l'affection.

Les résultats de la biopsie pratiquée par M. Wickham, l'évolution rétrograde que subit par places l'érythrodermie et le développement de tumeurs qui paraissent n'en être que l'exagération permettent d'affirmer que ses lésions élémentaires sont les mêmes que celles des tumeurs et que les différences cliniques sont dues exclusivement à leur mode de distribution.

## Conclusions.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits qui ressortent de ce travail:

1° Aujourd'hui, en présence d'une érythrodermie généralisée ambiguë, primitive ou secondaire, la discussion diagnostique

doit toujours comprendre la supposition de sa nature myco-fongoïde;

2° Les érythrodermies mycosiques peuvent être précoces ou tardives;

3° Elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition des tumeurs; elles peuvent lui être consécutives;

4° Ces érythrodermies ne se généralisent d'ordinaire que graduellement; souvent il reste quelque intervalle de peau saine;

5° La rougeur de la peau coïncide avec son épaississement, l'exagération de ses plis et l'augmentation de sa consistance;

6° L'éruption peut être par places papuleuse: les papules ont souvent un poil dans leur partie centrale; d'autres fois, elles présentent une dépression comblée par un grain corné;

7° Il peut se produire concurremment des taches pigmentaires;

8° L'éruption s'accompagne constamment d'un prurit des plus intenses;

9° Le grattage donne lieu à des excoriations ou à des ecchymoses, jamais à du prurigo;

10° Il se produit concurremment des adénopathies très volumineuses;

11° L'érythrodermie peut, comme les tumeurs mycosiques, subir partiellement une évolution rétrograde: il en résulte la production de plaques nummulaires décolorées qui tranchent, par leur blancheur, sur la surface rouge des parties malades;

12° La rougeur peut s'atténuer sur de larges surfaces et laisser à sa suite une pigmentation exagérée;

13° Il n'y a pas de leucémie;

14° La biopsie, dès le début de l'érythrodermie, peut servir à établir de diagnostic.

15° Il est manifeste que l'évolution et les lésions de ces érythrodermies offrent une analogie frappante avec celles de tumeurs myco-fongoïdes; selon tout vraisemblance, elles n'en diffèrent que par le mode de distribution des altérations et par leur siège.

Herr Breda (Padua):

## Eritemi e Microorganismi nella Micosi fungoide.

Diremo qualche cosa della Micosi fungoide che abbiamo stu(
attentamente sopra due malati nella Clinica e nel Laboratorio.
abbiamo trovato unito l' eritema polimorfo e dei fatti degenera
invece poi nessuno specifico parassita.

Ia. Osservazione.

Bertiato Elisabeta, lavandaja, veneziana, settantenne, gracile
sempre sana, in principio del Marzo 1891 fu colta agli arti, p
tronco da prurito intenso che, appagato, occasionò uno stato ecz
toide sparso su varie parti. In seno alle parti eczematose, prontis
mente accompagnati da eritema polimorfo, si svilupparono alla t
vulva, inguini ecc. infiltrati nodulari, che, in seguito, diventarono q
la discoidi; papillomatosi al capillizio. Insistettero sempre il prur
qualche espulsione di eritema nodoso ed irideo. Mentre alcuni infi
rimpiccolivano e cedevano lasciando pigmentazione altri nuovi si av
zavano a sostituirli. Cinquanta giorni dallo inizio del morbo, il 21 A
1891, la Bertiato riaparve nella nostra Clinica.

Avea all' occipite un' area di 48 centimetri quadrati granu
vegetante, moriforme, rosea, macerata per punti, secernente e m
chiazze elevate, vegetanti, rotonde, sul resto del capillizio ne occupa
complessivamente una buona metà. — Sul mezzo — ed ipoga
agli inguini, vulva, perineo ed ano vi avea oltre un centinajo di infi
rotondi, oblunghi, grossi come un pisello, una mandorla, una noc
— Alle ultime cennate parti erano rosso-lividi, macerati, secern
granulosi, come fossero stati placche mucose; a quelle prime parti
vece asciutti e lisci; la vulva era ipertrofizzata. — Scevri da infi
le ascelle, gli arti, il resto del tronco che erano colpiti da innu
lesioni da grattamento con qua e là abbevevamento eczematoide
Una cinquantina di efflorescenze di eritema nodoso ed irideo all'
gastrio ed alle coscie. — Varie ghiandole grosse indolenti al collo,
inguini, alle ascelle; la donna non patì mai sifilide.

Dal 21 Aprile 1891 ebbimo la paziente sotto continua oss
zione, fino li 17 Luglio 1892. — Non soffrì mai febbre nè deperim
di nutrizione: mai peptoni, zuccaro albumina nelle orine. Tentata, s
vantaggio, una cura iodo-mercuriale, ci limitammo all' uso interno
l'arsenico, ferro e china, uniti ad una dieta molto nutritiva ed ai fon
antisettici sul capillizio, vulva e perineo e, quando il prurito era eno
i bagni solforosi generali. — Le vegetazioni al capillizio dissiparono
intero: verso il Marzo 1892 minacciavano in un punto, ma risolve
prestamente daccapo. — Sulla spina della scapola destra vedemmo
gere uno infiltrato che diventò fungoso, grosso come una noce e dis

spontaneamente, in cinque mesi, lasciando sul posto leggera pigmentazione. — Alle ascelle, sulla parete anteriore vedemmo costituirsi analogo infiltrato: quello a destra, dal Luglio al Novembre, assunse il volume di un uovo di gallina, a sinistra di una noce; entrambi lobati, a cavalfiore asciuti con la pelle di tinta normale. — Di quello a destra ne escidemmo metà; la ferita suturata guarì per primam. Escidemmo pure un focolajo, con epidermide integra, grande come una fava, dal collo, dove la ferita si chiuse in otto giorni. La massa residua all'ascella destra e quella alla sinistra ai primi del Luglio 1892 non esistevano più. Il prurito, le lesioni consequenti subirono varie vicende. I focolaj d'infiltrazione all' ipogastrio, agli inguini, alla vulva, perineo ed ano svanirono affatto, indi in parte riapparvero. Però dal principio del Marzo al termine d' Aprile, e dalla metà del Luglio a tutt' oggi (10 Agosto) la donna fu sempre libera da manifestazioni del genere, ed in condizioni generali uguali a quelle che godeva antecedentemente alla dermatosi: Invece dal Marzo 1892 in poi venne sempre colpita una due volte al mese da espulsioni afebbrili di eritema essudativo, per lo più alle parti inferiori del tronco e superiori delle coscie. Si presenta colle forme nodosa ed iridea mescolate assieme, talora con larghe fascie rosse infiltrate, che circondano la metà del tronco o una intera coscia e che, nella involuzione, assumono gradazioni iridescenti: per lo più assimmetrico; dilegua dopo due tre giorni.

IIa. Osservazione.

Faggian Melchisedecco d' anni 52, falegname, vicentino, alto di statura, magro, bene colorito, intelligente, dal 1886 al 1891 fu visitato ogni 4—5 mesi all' epigastrio, alle coscie e ad altre parti, da una eruzione pruriginosa, che venne giudicata eczema e che, combattuta con unguento di precipitato bianco, per lo più guariva in 15—20 giorni. Al principio del gennajo 1891 si formarono sulle coscie, torace, braccia, capillizio, faccia, collo in molti di questi punti simultaneamente, senza sintomi soggettivi, in qualche punto d' emblée, senza avessevi preesistito eczema, si formavano dunque delle infiltrazioni a noduli, a nodi, che diventavano dischi sempre più larghi, rimanendo sempre anodini e senza areola, compatti, rosei, rossi a decorso non molto lento, disposti alla risoluzione, altri alla suppurazione, più spesso alla gangrena secca. — Nell' Agosto 1891 sopravennero altresì vescicole e bolle sparse risolutive. — Nel Novembre 1891 sul terzo medio della faccia posteriore della coscia destra sorse un nodetto, che nel febbrajo era già un disco grande quanto un pezzo da due lire con un punto di necrosi nel centro, e sul fine del maggio ormai una ulcera con 6—7 centim. di diametro, in appresso, via via più estesa ancora, sempre senza areola, sempre superficiale ed indolente affatto. — Infrattanto alla faccia, al capillizio comparivano rossore ed abbeveramento diffuso, che furono seguiti da desquammazione e dalla caduta di tutti affatto i peli, fatta astrazione di poche ciglia.

I focolaj minori d' infiltrazione in 15—20 giorni toccavano il volume di una fava, in altrettanti, parecchi di essi, svanivano riassorbiti

per intero. Quelli che necrosavano non davano dolore e mai offesa o l' ipoderma: le ulceri riparavano pur trattate con soli disinfettanti e minori senza uopo di cura. — Ai rossori diffusi seguirono est pigmentazioni reticolate. Infiltrati circoscritti si presentavano via sempre, non modificati in alcuna guisa da cure iodo-mercuriali gene da vari medici suggerite.

Entrato in Clinica li 29 Giugno 1892 di tutti i peli non gli re vano che poche ciglia. La cute era tutta malata, all' infuori di tre a della complessiva estensione di un palmo di mano. Presentava cata naso-congiuntivale; tre nodi rosso-sbiaditi sul palato duro; escoriazi al capillizio; tre nodi sulla fronte, tre alla radice del naso e sotto al me (gangrenosi); sotto l' orecchio destro uno infiltrato reniforme, lur quattro centim., largo tre, prominente compatto, rosso-gialliccio, una b poco innanzi. — Il torace ai lati avea cute atrofica, pigmentata in m parti; 6—8 infiltrati alla parete posteriore, altrettanti all' anteriore, tre de ultimi gangrenosi. — Sullo scroto un' infiltrato molto sporgente, c vesso, rotondo, compatto, secernente, rosso-gialliccio, senza areola, la 26 millim. — Agli arti superiori piccoli nodi; perionissi umide a m delle dita. — Sulla coscia destra una ventina di nodetti recenti s faccia anteriore terzo medio; di contro sulla posteriore una perdita sostanza, regolarmente elittica, lunga dieci centimetri, larga otto e mez con margine a picco, grosso, acuto, compatto quasi fosse cartilagin fondo coperto da uno strato sottile gangrenoso secco e nero, ader tissimo, ricoprente prominenze nodose, consistenti da ricordare l' enc droma, mobile, come il margine, liberamente sulla fascia. — Po ghiandole tumide cruro-inguinali. — Escidemmo, previa disinfezione, nodetto appena sorto; un'altro con epidermide apparentemente norm grosso come una fava; uno uguale, con inizio di gangrena, un gro nodo dal fondo della vasta ulcera, un breve tratto del margine di que — Le ferite, nei tre primi siti, cicatrizzarono in otto giorni.

La sensibilità tattile in complesso la trovammo scemata; al c trario la dolorifica: l'ammalato non riferiva dati precisi riguardo termica ed alla elettrica. I globuli rossi del sangue mostravano poca denza a mettersi in pile, quasi doppio del normale il numero dei le citi; qua e là rari microciti, col cromocitometro del Bizzozero ris trammo l'emoglobina ridotta al 61 p. $^0/_0$ della quantità normale. —

Dal 29 Giugno al 10 Agosto praticammo, sulla grande pi pennellatura con soluzione iodo-iodurata (Richter) e cospersioni di i formio. Del resto iniezioni ipodermiche di acido arsenicoso da uno a q dici milligrami al giorno; fomenti borici al capillizio, bagni gene emmollienti-solforosi; dieta molto succulenta.

Durante gli anzidetti quarantacinque giorni di tale cura, svanir le piaghe al capillizio, i nodi alla fronte ed al naso, quelli al pal duro, ed alla faccia anteriore della coscia destra, parecchi alle brac ed al dorso. — Scemarono di metà circa di volume lo infiltrato so l'orecchio destro, quello maggiore allo scroto; si resero più picc quelli al mento. — La gangrena si suscitò in due facolai cervicali, tre sulla parete anteriore del tronco, intensa al focolajo minore de scroto ed in due al braccio destro. — La grande ulcera solo negli ulti

giorni apparve quasi interamente libera dello strato gangrenoso del fondo e questo ultimo si rese più superficiale quantunque quella avesse aumentato in ampiezza.

La nutrizione generale si conservò invariata.

Col sangue dei due malati praticammo ricerche microscopiche innesti culture; coi pezzi escisi innesti e, previo indurimento nella serie degli alcool di quelli che ci rappresentavano le varie fasi del morbo, ricerche istologiche e batteriologiche.

Per le prime trattammo le sezioni, ottenute al microtomo, con liquidi indifferenti poi col litio-e picrocarmino, emattossilina sola oppure colla eosina o saffranina, colla orceina, nigrosina, acido osmico ecc. Per l' indagine batterioscopica ci siamo valsi del violetto di genziana da solo, poi nell' acqua di anilina (secondo le formule dell' Ehrlich e del De-Amicis), del violetto dimetile della fuscina sola e fenicata ecc. decolorando coll' alcool, colla soluzione iodo-iodorata (Gram), coll' olio di anilina (Weigert), col glycerin-aethermischung (Unna) ecc.

Tutti i tagli ci lasciavano vedere una infiltrazione parvicellulare variamente stipata e diffusa in un reticolo congiuntivale più o meno tenue e suddiviso, molto vascolorizzato, dalle maglie del quale facilmente colla spennellatura si rimoveva il contenuto cellulare: nei focolaj vegetanti più o meno abbondante iperplasia di connettivo.

Nel nodo più recente era normale l'epidermide, dilatati tutti i vasi, quelli delle papille con infiltrazione attorno che riempiva la papilla; quelli del derma con pochi elementi linfoidi attorno; questi nello ipoderma circondavano solo i vasi dei gomitoli sudorali.

Nodi maggiori mostravano allungati gli zaffi interpapillari e le papille allungate e più sottili, oppure molto larghe. — L' epidermide cornea normale o quasi; lo strato granuloso di 4—8 file di cellule ricchissime di keratojalina qua e là raccolta a linee regolari lunghe un ottavo e più di cerchio, attorno al nucleo. Il reticolo occupa largo spazio; ha ciglia molto tese, però permettono di vedere qualche serie di nodi cigliari. Non è visibile negli spazii intercigliari acun elemento estraneo: le cellule basali sono esattissimamente a posto. — Qualche cellula del reticolo con edema attorno al nucleo, o con doppio nucleo; molti nuclei in mitosi. In uno stesso campo 4—6 e più: sono massime quelli delle cellule basali, altre appartengono però alla seconda, perfino settima ed ottava fila o alla guajna esterna dei follicoli dei peli. Il liquido dell' Ehrlich impiegato col metodo del Gram, le mette in evidenza meglio di tutto il resto. — In entrambi gli ammalati poco pigmento così nella epidermide che nel derma. Il materiale d'infiltrazione occupa la totalità delle papille e si può dire l' intero spessore del derma, è più denso attorno ai vasi, alle ghiandole del sebo, del sudore ed ai follicoli piliferi, attorno ai quali elementi soltanto figura anche nello ipoderma. — In seno a rarissime papille figurano molte cellule plasmatiche, in ambedue i soggetti alcuni vasi verso la cima delle papille dilatati bruscamente a fuso od a clava, larghi tre e più volte lo stesso vaso osservato alla base della stessa papilla.

Nelle sezioni nelle quali è iniziata la necrosi, si vede alla superficie un punto od una striscia nerastra, che fissa poco o punto i vari colori, analogamente ad una larga zona rotondeggiante che le sta

sotto e che riguarda il derma. Quella prima è data dall'escara costituita di sangue e di epidermide variamente offesa od in detrito, e che lascia vedere al contorno suo inferiore varie cellule reticolari, senza ciglia, molto rigonfie, incolori, trasparenti, con nucleo poco colorato. La soluzione di continuo che sta sotto, mostra alla periferia analoghe cellule di reticolo malpighiano idropiche, anse vasali distese, altre nelle papille mascherate da emorragia, spazi papillari vuoti e via verso il centro scomparsa degli elementi dell' epidermide e del derma sempre più estesi. Il derma sottostante ha una fitta infiltrazione di cellule, che non s' impossessano più dei vari materiali coloranti.

Alterazioni analoghe si rilevano sul margine della grandissima ulcera.

Il nodo tolto dal fondo di questa riposa tutto nell'ipoderma. Verso la superficie, per una profondità di 1—2 millim. sono accalcate cellule linfoidi, detriti e granuli, assieme qualche rara cellula grossa e qualche vase sommamente istrettito. Più sotto sonovi resti di tubuli e di gomitoli sudorali ed anche interi gomitoli, tutti invasi da forte infiltrazione parvicellulare, così come le pareti dei vasi, talune di queste ormai sclerosate ne deformano il lume.

Nella escrescenza escisa dall' ascella primeggia la neoformazione di congiuntivo, la quale dalle parti profonde irradia verso le superficie.

Da quanto si disse risulta chiaramente che nella donna la forma morbosa era una micosi fungoide tipica coi suoi tre stadî nettissimi, complicata non già da orticaria nè da eritema semplice e neppure da eritrolinfodermatite (Besnier), ma da eritema essudativo polimorfo prevalentemente nodoso ed irideo, ad eruzioni frequenti, mensili, intermittenti e perfino subentranti.

Nell' uomo la dermatosi, fin dal primo giorno, ci sembrò pure micosi, mai ci potemmo fermare a lungo sul concetto di una sarcomatosi. — Di fatto esso soggiacque a forma eczematoide per ben cinque anni; il primo infiltrato non iniziò da poro, verrucca, telangettasia, pigmentazione o lesione traumatica e, per di più, vari focolaj fin da principio eruppero ad un tempo. Il sarcoma incresce negli strati profondi del derma o nello ipoderma, solo il pigmentoso, che può essere a piccole cellule, incomincia anche negli strati superficiali; nel nostro malato traeva le mosse il morbo dagli strati superficiali, gli elementi erano microcellulari, scarseggiava il pigmento. Nel sarcoma gli elementi crescono di numero per intima loro proliferazione, per cui si comprimono tra loro, fanno pressione sul tessuto intorno, nel quale quasi s' incapsulano, poco legandosi col tessuto circostante, dal quale talora essi facilmente sgusciano. Nell' uomo nei minori nodi si rinvenivano infiltrazioni intorno ai vasi, ai follicoli pilari ed alle ghiandole; infiltrazioni distinte che solo collo estendersi si fondevano in un nido maggiore a contorno irregolare, senza, nelle peggiori condizioni. tendere a guadagnare l' aponevrosi della gamba e gli organi interni. È vero che il sarcoma può ulcerare ed eccezionalmente risolvere, ma con processo estremamente lento e limitato; mentre nel nostro paziente in 30—60 giorni, con o senza gangrena, varì infiltrati compirono la intera loro evoluzione non lasciando neppure atrofia sul posto. Una piaga larga un decimetro qua-

drato non varcò l' ipoderma, ma sempre indolente, tendeva a rendersi superficiale per poi forse rimarginare.

L'uomo adunque era malato di micosi fungoide al pari della donna.

Ora in entrambi ci si presentarono forme di degenerazione cellulare simulanti spore, visibili massime nelle preparazioni trattate col Gram e col Weigert. Trattasi di corpi rotondi molto coloriti, non lucenti che giacciono in seno alla epidermide e più ancora in seno al derma. In qualche punto isolati, altrove uniti a due, quattro, dieci, venti e più, variamente profondi, talora di uguale grandezza, talora di grandezza diversa in uno stesso focolajo, che riempiva in qualche posto una intera maglia della rete fibrillare, assumendovi una disposizione a quadrato, a foglia, a rombo ecc. Colla spenellatura si mettono in movimento ed allora trascinano seco magari qualche fibra di congiuntivo. — Con forte ingrandimento si constata che i minori giacciono entro ad una cellula epiteliale, molto più spesso ad una cellula linfoide, che col suo protoplasma gli disegna una zona chiara tutto attorno; la quale si assottiglia e sparisce man mano che il dischetto colorito diventa più grande; cosi chè i corpi colorati piccoli restano a qualche distanza l' uno dall' altro, mentre i maggiori sono vicini o si toccano. In alcune sezioni colorate pure trattate più volte di seguito e per lungo tempo, con alcool, etere solforico, cloroforme e xilolo, tali corpi rimasero tuttavia colorati. Essi si tingono anche colla safranina. Col Gram e col Weigert e colla Safranina ci risultarono del pari colorite forme identiche intracellulari in cassi di papillomi e di rinoscleroma ed esse ci richiamano quelli elementi che Fleming ha rinvenuti nei gangli linfatici, Martinotti in quelli di un sifilitico tubercoloso, e che figurano nel Manuel de Microscopie Clinique par Bizzozero e Jirket (Bruxelles 1888) secondo i quali autori, sarebbero appunto da giudicarsi siccome prodotti di degenerazione jalina del nucleo e del protoplasma cellulare, e si rinverrebbero col Gram nella micosi fungoide.

In un preparato vedemmo corpi sorriformi veri, ma giacenti in un piano superiore alla superficie del preparato. In due preparati, spettanti alla donna, ci fu dato riscontrare colorati, uno col Gram, l' altro col litiocarminio, numerosi schizomiceti bottonuti-filiformi identici a quelli che Friedländer fa figurare alla tavola sesta del suo Manuale di istoparassitologia e descrive quali frequenti abitatori della lingua. — Questi elementi tutti, come si comprende, nulla hanno di speciale rispetto alla micosi.

Nel sangue uscente da ferite, praticate in vari punti malati dei nostri due soggetti, le più raccomandate, diligenti e ripetute colorazioni, non ci hanno consentito di scorgere traccia di parassiti. Vediamo ora come risposero gli innesti di sangue e di brandellini di tessuto micotico negli animali, e quali prodotti diedero le culture di sangue in vario eccipiente.

Col sangue facemmo addì 3 Luglio 1892 injezioni, nella pelle e nel peritoneo, su tre conigli, due sorci ed una cavia. Al 20 Agosto p. p. due conigli erano morti per altra causa, gli altri animali erano tuttora vivi e sani. Si introdussero pezzetti di nodi, con epidermide integra, nel peritoneo di due conigli, un sorcio e due cavie. I due conigli si man-

tennero sempre sani, uno morì solo dopo la estrazione di un rene mobile, che si trovò sanissimo come il resto dei visceri, il sorcio ed una cavia sono vivi e sani tuttora; una cania morì 48 ore dopo per constatata setticemia; questa uccise un sorcio ed una cavia, ai quali avevamo insinuato nel sacco peritoneale un pezzo di tessuto in parte necrotico della grande piaga, il sorcio 10 ore, la cavia 24 dopo la introduzione. Metemmo pezzetti di nodo recente, ad epidermide apparentemente illesa, nella camera oculare anteriore di due conigli, uno di questi morì un mese appresso per causa indipendente allora che il pezzetto era stato quasi interamente riassorbito; l' altro è ancora vivo e sano e la camera anteriore è normale e senza nulla di estraneo entro.

Tutto questo porta a concludere che il sangue ed il tessuto micotico nei nostri 14 animali non hanno spiegata azione speciale di sorta. —

Col sangue del paziente ottenuto con non poche cautele antisettiche abbiamo fatte culture addì 3 Luglio 1892 nella gelatina mantenuta poi alla temperatura del' ambiente e nel gelosio, nel siero di sangue mantenuti a 30, e sopra patate. Tutte ci fruttarono colonie formate da cocchi di grandezza varia da 0·8 μ a 0·5 μ perfettamente rotondi, non disposti regolarmente solo formanti qua e là piccole catene. Essi si coloravano bene coi comuni mezzi di colorazione (soluzione aquosa di fuscina, o di violetto di genziana ecc.) oppure col Gram; anche inoculati nei sorci e nelle cavie ci si fecero riconoscere per stafilococchi settici.

Col sangue della donna abbiamo tentate delle culture i giorni 29 Gennajo e 13 Luglio 1892, oltrecchè sui mezzi sopra accennati anche sulla gelatina a piastre e sull' agar semplice.

Sulle piastre ottenemmo rapido sviluppo di colonnie granulose non liquefacenti, con prolongamenti a raggi costituite da elementi piuttosto grossi; sopra siero di sangue si ebbero due specie di colonie, le une molto grandi (coi caratteri delle muffe bianche), le altre molto piccole costituite da cocchi. Sull' agar, su due provette sopra sei, si ottennero colonie esilissime di cocchi uguali a quegli ottenuti nel siero. Sulla base delle culture pure ripetutamente intraprese e dei saggi di inoculazione in animali, possiamo dire d' avere ottenuti dunque cocchi piccoli ed elementi maggiori. I primi sono per lo più elittici lunghi 0·3—0·4 μ, si colorano bene coi comuni metodi e col Gram. Questi coltivati sopra agar-glicerinato (gelosio) si presentano leggermente più grandi e disposti a catene. Quelli delle seconde culture in mezzi diversi ripetono i caratteri di quelli cresciuti nel gelosio. Quelli sviluppatisi nel siero di sangue sono uniti in catene ed alquanto più piccoli.

Gli elementi ottenuti nella piastra ed inoltre nei tubetti di gelatina, siero, agar-agar e sulle patate, sulle quali crebbero più che altrove rigogliosi, sono irregolarmente ovoidali, lunghi da 0·5 μ fino a 2·0 μ, larghi da 0·5 μ a 2·0 μ. Di quelli tolti da vecchie culture alcuni non fissano più la materia colorante. Quelli levati da vecchie culture in gelatina od in siero di sangue mostrano intorno una specie di cassula formata di materiale di cultura e della quale vanno privi quelli cresciuti sulle patate. Abbiamo poi ottenuto da culture fatte col sangue della donna dei cocchi appartenenti pei loro caratteri allo streptococco piogeno, e che

non ci si hanno dimostrati tossici pegli animali. Ottenemmo ancora delle muffe bianche con caratteri culturali, che le ravvicinano a quelle delle muffe rosa e nera, muffe che naturalmente si possono trovare così nell'aria come negli oggetti che essa circonda.

Per concludere l' eritema essudativo polimorfo può complicare la micosi cosi come esso complica alle volte la infezione reumatica e la sifilitica.

Nella micosi elementi notomici in degenerazione possono presentare tingibilità e forme da simulare parassiti.

Sezioni di tessuti micotici, culture fatte col sangue di soggetti micotici ci permisero di vedere complessivamente schizomicetti a forma di spillo, spore, cocchi e muffe, però anche in un malato a forma grave e recente, in un' altro a forma distruttiva gravissima non uno di questi elementi poteva essere ritenuto speciale al morbo stesso, e causa efficiente di esso.

Aggiungeremo che lo esame da noi intrapreso di pezzi favoritici dalla Direzione della Scuola di anatomia patologica e dell' Ospitale di San Gallicano di Roma, pezzi appartenenti a tre differenti micotici, non ci permisero di modificare le conclusioni in riguardo al parassitismo.

---

Herr Riehl (Wien):

## Ueber Mycosis fungoides d'emblée.

Im Anschlusse an das Referat Prof. Paltauf's erlaube ich mir in kurzen Worten über einen Fall von Mycosis fungoides d'emblée zu berichten, der gegenwärtig auf meiner Abtheilung im Wiedener Krankenhause in Behandlung steht, und lade Sie gleichzeitig zur Besichtigung des Kranken höflichst ein.

J. P., 47 Jahre alt, Taglöhner, gibt an, dass seine Eltern und Geschwister niemals an Syphilis oder einer Hautaffection gelitten hätten. P. selbst ist verheiratet und Vater eines gesunden Kindes. Ausgenommen einen Gelenksrheumatismus, an dem P. im Winter 1889 gelitten hat, war er nie krank, nicht syphilitisch. Vor zwei Jahren waren an den Füssen und den Unterschenkeln angeblich ohne bekannte Ursache Geschwülste aufgetreten, die nach längerem Bestande zerfielen, eiterten und unter Anwendung von Hausmitteln allmälig mit Hinterlassung von Narben schwanden. P. war während dieser Zeit in seiner Beschäftigung nicht gestört.

Die jetzige Affection begann vor zwei Monaten. Es trat zuerst über der r. Patella wieder eine Geschwulst auf, den früheren ähn-

lich; bald entstanden Tumoren an der rechten Wade und über den Malleol. extern. der rechten Seite. Bezüglich einer dünnen, Eiter secernirenden Fistel am rechten Ellenbogen gibt P. an, er sei vor ungefähr zwei Jahren operirt worden wegen »Eiterung im Gelenk« die Wunde sei verheilt gewesen, bis vor circa vier Monaten die Narbe aufbrach.

Die anamnestischen Angaben scheinen nicht sehr verlässlich.

Bei der Aufnahme wurde folgender Befund notirt; P., gross, von kräftigem Knochenbau und gutem Ernährungszustande. Die Haut im Allgemeinen ziemlich pigmentirt, im Gesichte, an den Vorderarmen und Unterschenkeln stark gebräunt; am Rücken und an den Extremitäten einige kleine Narben zerstreut (nach Variola?). Am Condyl. extern. des rechten Humerus ein Fistelgang, der dünnes, eiteriges Secret entleert; bei Sondirung desselben stösst man auf rauhen Knochen; das Ellenbogengelenk selbst functionirt activ und passiv in normaler Weise.

An der dunkelpigmentirten Haut beider Unterschenkel fallen 1—3 Centimeter im Durchmesser haltende, weisse, rundlich begrenzte Narben auf, die mit der Haut verschieblich sind. Die Haut an der Vorderfläche der Unterschenkel sieht etwas atrophisch aus und schilfert leicht — es finden sich aber keine Spuren von Erythem, Eczem oder einer anderen entzündlichen Affection. Unter der Patella rechterseits an der Wade und über dem Malleolus externus finden sich haselnuss- bis taubeneigrosse Tumoren von bräunlich rother Farbe, welche das Hautniveau circa 1 Centimeter überragen. Die Tumoren sitzen in der Haut und theilweise im Subcutangewebe, sind mit der Haut verschiebbar, nicht schmerzhaft. Die jüngeren zeigen glatte Oberfläche und harte bis namentlich an der Kuppe teigig weiche Consistenz — sie formiren entweder rundliche Höcker oder confluiren zu grösseren Paqueten, deren Zusammensetzung aus mehreren Knoten immer noch kenntlich ist. Ihre Begrenzung ist nach der gesunden Umgebung zu ziemlich scharf. An den älteren Tumorengruppen finden sich Rückbildungserscheinungen entweder in der Form, dass ein Theil der Geschwulst eingesunken ist, während der Rest einen nicht die ganze Circumferenz dieser Stelle umgreifenden Wall bildet — wie unter der Patella, oder es tritt Erweichung mit Durchbruch der Epidermis auf — man findet da unregelmässige, überall von Geschwulstmasse begrenzte, ziemlich tiefgreifende, dünnes, trübes Secret liefernde Geschwüre.

Diese Verhältnisse gibt in naturgetreuer Weise die vorliegende Moulage wieder.

Die Drüsen in inguine etwas intumescirt, die übrigen Lymphdrüsen nicht verändert.

Der Befund an den inneren Organen weist keine krankhaften Veränderungen auf, ebenso sind Harn und Blutbefund den normalen Verhältnissen entsprechend.

Wir sehen demnach in unserem Falle an der vorher nicht veränderten Haut knotige Geschwülste bei intactem Allgemeinbefinden auftauchen, welche theilweise sich durch Resorption rückbilden, anderntheils ulceriren.

Ohne auf die differentialdiagnostischen Momente hier näher einzugehen, will ich nur mittheilen, dass ich nach Ausschluss anderer Diagnosen (Sarkom, Aktinomykose etc.) zu der Ueberzeugung gekommen bin, dass unser Fall die grösste Aehnlichkeit mit der von Besnier (Annales 1889) beschriebenen Krankheit hat, welche dieser Autor später selbst als Mycosis fungoides d'emblée bezeichnete.

Die histologische Untersuchung eines ausgeschnittenen Knotens ergab einen mit den Veränderungen bei Mycosis fungoides übereinstimmenden Befund. (Demonstration der Moulage und histologischer Präparate.)

---

## Discussion.

**Van Hoorn** (Amsterdam) erlaubt sich die Aufmerksamkeit des Congresses einen Augenblick auf einen Fall zu lenken, der, obgleich nicht ganz dem Falle Riehl's ähnlich, doch gewisse Beziehungen zu demselben haben dürfte.

Ein etwa zehnjähriges Mädchen, das vor etwa zwei Monaten unter meine Beobachtung kam, zeigte am ganzen Körper hagel- bis erbsengrosse Tumoren, die zwar am Rücken, wo die grösseren sich befanden, und in der Achsel- und Leistenregion die Haut etwas hervortrieben, sonst aber dem Auge sich nicht bemerklich machten. Die Haut zeigte mit Ausnahme der Fusssohlen, wo die Haut zwischen Tumoren und Unterlage gedrückt wurde, keine Farbeveränderung. Es waren die weissen Blutkörperchen deutlich vermehrt, aber nicht stark; auch leichte Milzschwellung. Allgemeinzustand nicht gestört. Nach dreiwöchentlichem Arsengebrauch hatten die Tumoren stark abgenommen und jetzt sind sie fast ganz geschwunden.

Köbner. Meine Herren! Fürchten Sie nicht, dass ich auf d
weite Gebiet der Mykosis fungoides zurückkomme, welche zuer
1860/61 auf den Abtheilungen von Hardy und Bazin zu studir
ich das Glück hatte, die mir die Erlaubniss gaben, frei auf ihren A
theilungen zu untersuchen und zum ersten Mal die histologische Stru
tur festzustellen, so dass Virchow mich während der Abfassung seine
Werkes über die Geschwülste consultirte, er, der nach der bloss
Beschreibung und Abbildung Aliberts, welche 1863 allein ih
vorlag, geneigt war, auf das Verdict Hebra's einzugehen, dies
merkwürdige und schwere Krankheit zur Syphilis zu rechnen. Nu
zwei Momente aus den soeben gehörten Vorträgen möchte ic
als völlig übereinstimmend mit meinen späteren, 1886 in de
»Deutschen medicinischen Wochenschrift« und in den »Fort-
schritten der Medicin« publicirten Untersuchungen über diese
Thema hervorheben. Das eine ist, dass auch nach der Mittheilung
von Breda von dem positiven Nachweis von Schizomyceten als
ätiologischer Basis nicht die Rede ist; es sind zum Theil Strepto-
coccen, zum Theil Zoogloea, was wir auf seiner Tafel gesehen
haben. Und zweitens möchte ich nach der mir zustimmenden Ab-
lehnung der Zugehörigkeit zum Sarkom seitens Paltauf's nich
nochmals mit meinem Freunde Kaposi polemisiren. Ein Tumor,
zu dessen Lebensgeschichte, zu dessen Charakteren eine rapide
Anschwellung in wenig Tagen gehört, eine rapide Formation
ohnegleichen in der Geschichte des Sarkoms und ebenso eine
rapide, gelegentlich spontane Involution, schliesst absolut, wie ich
schon 1886 dargelegt habe, den Gedanken an eine Sarkombildung
aus, wenigstens nach meinen mit Cohnheim übereinstimmender
Anschauungen. Ich wollte nur zur Frage der Pseudoleuk-
ämie und ihrer Localisation in der Haut Ihnen von einem Fal
berichten, von dem ich auch ein mikroskopisches Präparat ir
Vorsaal aufgestellt habe, welches beweist, dass vorläufig noc
differente Processe von uns Klinikern zur Pseudoleukämie gerechr
werden. Es handelt sich um einen 45jährigen Tischler, einen gross
starken Mann, der schon ein halbes Jahr angeblich an heftig
Prurigo in Berlin behandelt worden war, bei dem sich im L
der Zeit enorme Tumoren der Achsel- und Cervicaldrüsen, wei
kolossale der Inguinaldrüsen, entwickelten. Geringe Milzvergr
rung, geringe Leukocytose. Bei seinen Lebzeiten wurde Ps
leukämie diagnosticirt. Ich selbst wurde erst zum Consiliu
rufen, als der Kranke ein enormes Oedem des rechten Arme
der rechten Hand, der rechten Thoraxhälfte und des Scrotu

sass. Ich bestimmte zunächst die Natur dieser Hautanschwellung nicht als gewöhnliches Oedem trotz der gleichzeitig bestehenden Cyanose und Dyspnoë, sondern erklärte dieselbe als charakteristischen Hydrops lymphaticus. Aus dem teigigen Oedem am Scrotum schloss ich auf eine Anschwellung der retroperitonealen Lymphdrüsen. Die unteren Extremitäten und der linke Arm waren frei. Leider war in der Zeit, bis ich gerufen wurde, die Dyspnoë und das Transsudat in beiden Pleurahöhlen so gestiegen, dass von einer nutzbringenden Therapie von Arsenik nichts mehr zu hoffen war. Daneben fanden sich auf der Haut viele aus Excoriationen zurückgebliebene Pigmentflecken an den unteren Extremitäten und am Stamm, ausserdem ein vollständiger Cardinalkragen von dunkelbrauner Broncefärbung am Nacken. Nirgends umschriebene Hautknoten. Die Section ergab neben den enormen Tumoren der Lymphdrüsen zahlreiche Knoten, im Durchschnitt kleinerbsengross und darüber, theils in der Musculatur, theils im subcutanen Fettgewebe des Nackens, sei es in anatomischer Continuität oder nicht zusammenhängend mit denjenigen in den Muskeln, als ziemlich harte Knoten, deren Structur die gleiche war wie die einer Unmasse von Knoten in allen Lappen beider Lungen und auch in den Pleuren. Nur wenige von diesen Knoten waren in dem Lungengewebe confluirt. Das Mikroskop zeigte, dass wir es mit Lymphosarkomen zu thun hatten, und zwar war ihr Bau in den Lungen genau so wie in der Subcutis, zum Theil von hier in die untere Schicht des Cutisgewebes hineingehend. Neben grossen Herden von angehäuften Rundzellen eine mächtige Wucherung der Bindegewebszellen mit Vergrösserung derselben zum Theil bis zur Grösse der epitheloïden Zellen, nirgends Riesenzellen und nirgends Tuberkelbacillen. In der tiefbraunen Nackenhaut derselbe Pigmentbefund wie bei echtem Bronce-Skin. Die Nebennieren aber intact. Klinisch waren wir also nun schon wiederholt in der Lage, Beobachtungen in vivo als Pseudoleukämie zu erklären, wo wir anatomisch bloss von Lymphosarkom sprechen können, das ja vielleicht später sich als Infectionskrankheit herausstellen wird.

---

## Herr Vidal (Paris):

### Considérations sur le Prurigo de Hébra.

I.

Dans une des séances de notre premier Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 5 août 1889) prenant part à la discussion ouverte sur la première question: »De la Constitution du groupe lichen« j'avais cherché à faire valoir les raisons pour lesquelles le lichen simplex circonscrit (lichen circumscriptus de Willan et Bateman) a plus de droits à faire partie du groupe lichen que n'en a le lichen scrofulosorum, que l'École française a toujours regardé comme une variété de folliculite pilo-sébacée chronique et que les recherches récentes de Sachs, de Jacobi, d'Hallopeau et Darier permettraient de classer dans les lésions de la tuberculose cutanée.

J'avai protesté contre l'exclusivisme de la classification de F. von Hébra, du savant dermatologiste dont nous sommes tous les admirateurs, du Maître eminent entre tous, auquel je suis heureux de pouvoir rendre hommage, dans cette enceinte de l'Université de Vienne dont il est une des plus glorieuses illustrations, du fondateur de cette grande Ecole Dermatologique de Vienne dont les remarquables travaux ont si puissamment contribué à mettre l'étude de maladies cutanées dans la voie scientifique qui, en si peu d'années, a conduit à tant de découvertes importantes et nous a permis de réaliser tant de progrès. J'avais cherché à faire valoir l'opinion que j'avais toujours professée, dans mes leçons et dans mes publications[1]) en disant que le lichen ne doit pas être confondu avec l'eczéma, que c'est une dermatose subordonnée à l'état nerveux de la peau, ayant plus de rapports pathogéniques avec l'urticaire qu'avec l'eczéma. J'ai été seul de mon avis et pas une voix ne s'est alors élevée pour défendre la thése que je soutenais.

Actuellement grâce aux publications de mon savant collègue et ami le Dr. Brocq, grâce aux recherches qu'il a faites avec le Dr. Jacquet,[2]) l'étude des névrodermites, au nombre desquels le

[1]) E. Vidal. Du lichen (lichen, prurigo, strophulus) in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1886, p. 133.

[2]) L. Brocq et L. Jacquet. Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. Du lichen circumscriptus des anciens auteurs ou lichen simplex chronique de Mr. le Dr. E. Vidal in Annales de Dermatologie 1891, p. 97.

lichen simplex chronique et le prurigo tiennent la place la plus importante, a fait de notables progrès et la plupart des dermatologistes français admettent l'individualité du lichen simplex chronique et ne le confondent plus avec l'eczéma.

F. von Hébra avait rejeté le lichen circonscrit dans l'eczéma d'accord sur ce point avec Erasmus Wilson et avec le professeur Hardy. Pour faire rentrer dans le cadre de l'eczéma le lichen simplex qui peut pendant toute sa durée rester à l'état papuleux, à l'état sec, sans eczématisation secondaire, sans se couvrir de croûtes, sans avoir la desquamation de l'eczéma sec, il avait créé le nom d'eczéma papulatum.

Dans sa magistrale déscription du prurigo ferox il indique qu'avec les grosses papules on eu voit de très petites qui pour nous ne sont autres que des papules de lichen. Il insiste aussi sur l'épaississement, sur l'induration des téguments modifiés par cette dermite chronique, sur cette période avancée du processus que nous appelons avec Brocq »lichénification« et avec E. Besnier »lichénisation«.

Cet état deutéropathique de la peau, cette dermite consécutive au lichen ou au prurigo peut survenir également à la suite de l'eczéma chronique et il est fréquent aussi de l'observer dans ces dermites artificielles provoquées et entretenues par des agents externes irritants, comme celles qu'on voit chez les boulangers, les épiciers, les maçons etc. etc. Ces dermites d'autant plus intenses, d'autant plus compliquées de lésions secondaires que les sujets sont plus prédisposés, doivent être retranchées du groupe de l'eczéma et appartiennent aux éruptions artificielles.

Si j'insiste sur ces préliminaires c'est qu'il est nécessaire de se rendre compte des diverses phases du processus de la dermatose qui correspond au prurigo agria de Willan, au lichen agrius de Cazenave, de Devergie et des auteurs français, dermatose pour laquelle mon savant collègue et ami E. Besnier a proposé le nom généralement adopté de »prurigo de Hébra«.

Bien que la terme de prurigo dont Hébra a fait une critique si vive, me paraisse moins approprié que celui de lichen qui est générique du mode de processus pathologique dont le prurigo de Hébra est un des types les plus complets et pour ne pas discuter la question de terminologie, je me servirai indifféremment du mot de prurigo ou de lichen, le prurigo, au point de vue anatomopathologique, n'étant qu'un grosse papule de lichen, ou le lichen n'étant qu'une petite papule de prurigo.

Herr Vidal (Paris):

## Considérations sur le Prurigo de Hébra.

I.

Dans une des séances de notre premier Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 5 août 1889) prenant part à la discussion ouverte sur la première question: »De la Constitution du groupe lichen« j'avais cherché à faire valoir les raisons pour lesquelles le lichen simplex circonscrit (lichen circumscriptus de Willan et Bateman) a plus de droits à faire partie du groupe lichen que n'en a le lichen scrofulosorum, que l'École française a toujours regardé comme une variété de folliculite pilo-sébacée chronique et que les recherches récentes de Sachs, de Jacobi, d'Hallopeau et Darier permettraient de classer dans les lésions de la tuberculose cutanée.

J'avai protesté contre l'exclusivisme de la classification de F. von Hébra, du savant dermatologiste dont nous sommes tous les admirateurs, du Maître eminent entre tous, auquel je suis heureux de pouvoir rendre hommage, dans cette enceinte de l'Université de Vienne dont il est une des plus glorieuses illustrations, du fondateur de cette grande Ecole Dermatologique de Vienne dont les remarquables travaux ont si puissamment contribué à mettre l'étude de maladies cutanées dans la voie scientifique qui, en si peu d'années, a conduit à tant de découvertes importantes et nous a permis de réaliser tant de progrès. J'avais cherché à faire valoir l'opinion que j'avais toujours professée, dans mes leçons et dans mes publications[1]) en disant que le lichen ne doit pas être confondu avec l'eczéma, que c'est une dermatose subordonnée à l'état nerveux de la peau, ayant plus de rapports pathogéniques avec l'urticaire qu'avec l'eczéma. J'ai été seul de mon avis et pas une voix ne s'est alors élevée pour défendre la thése que je soutenais.

Actuellement grâce aux publications de mon savant collègue et ami le Dr. Brocq, grâce aux recherches qu'il a faites avec le Dr. Jacquet,[2]) l'étude des névrodermites, au nombre desquels le

[1]) E. Vidal. Du lichen (lichen, prurigo, strophulus) in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1886, p. 133.

[2]) L. Brocq et L. Jacquet. Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. Du lichen circumscriptus des anciens auteurs ou lichen simplex chronique de Mr. le Dr. E. Vidal in Annales de Dermatologie 1891, p. 97.

[illegible]en simplex chronique et le prurigo [illegible]
[illegible]ortante, a fait de notables progrès et la [illegible]
[illegible]istes français admettent l'individualité du lichen [illegible]
[illegible]ue et ne le confondent plus avec l'eczéma.

F. von Hébra avait rejeté le lichen [illegible]
[illegible]ccord sur ce point avec Erasmus Wilson et [illegible]
[illegible]rdy. Pour faire rentrer dans le cadre de l'eczéma le lichen
[illegible]n plex qui peut pendant toute sa durée rester à [illegible]
[illegible]x, à l'état sec, sans eczématisation secondaire, [illegible]
[illegible]croûtes, sans avoir la desquamation de l'eczéma sec, il avait [illegible]
[illegible]nom d'eczéma papulatum.

Dans sa magistrale déscription du prurigo ferox [illegible]
[illegible]que qu'avec les grosses papules on en voit de très [illegible]
[illegible]ur nous ne sont autres que des papules de lichen. [illegible]
[illegible]ssi sur l'épaississement, sur l'induration des téguments [illegible]
[illegible]r cette dermite chronique, sur cette période [illegible]
[illegible]ue nous appelons avec Brocq »lichénification« [illegible]
[illegible]lichénisation«.

Cet état deutéropathique de la peau, cette [illegible]
[illegible]u lichen ou au prurigo peut survenir également [illegible]
[illegible]éma chronique et il est fréquent aussi de [illegible]
[illegible]lermites artificielles provoquées et entretenues [illegible]
[illegible]xternes irritants, comme celles qu'on voit [illegible]
[illegible]épiciers, les maçons etc. etc. Ces dermites [illegible]
[illegible]d'autant plus compliquées de lésions [illegible]
[illegible]plus prédisposés, doivent être retranchées [illegible]
[illegible]et appartiennent aux éruptions artificielles.

Si j'insiste sur ces préliminaires [illegible]
[illegible]se rendre compte des diverses phases [illegible]
[illegible]qui correspond au prurigo agria de [illegible]
Cazenave, de Devergie et des auteurs [illegible]
quelle mon savant collègue et ami [illegible]
généralement adopté de »prurigo [illegible]

Bien que la terme de prurigo [illegible]
si vive, me paraisse moins appropr[illegible]
générique du mode de processus [illegible]
Hébra est un des types les plus [illegible]
la question de terminologie, je [illegible]
de prurigo ou de lichen, le [illegible]
pathologique, n'étant qu'un gr[illegible]
n'étant qu'une petite papule [illegible]

II.

Le prurigo de Hébra est-il »une maladie indépendante qui n'
aucun rapport avec les autres dermatoses« comme le dit notr
éminent Président le professeur Kaposi? [1]) Sur ce point je suis e
désaccord avec l'Ecole de Vienne. F. von Hébra admet que »l
prurigo est une affection de la peau en elle même, n'affectant qu
la peau seule et sans relations avec les états morbides réels o
imaginaires des humeurs et des solides de l'organisme«.

J'avoue ne pas très bien comprendre ce que peut être un
maladie de la peau en elle même, et si depuis plus de vingt ans j
n'avais pas combattu contre l'hypothèse de la diathèse dartreus
ou herpétique, me rangeant ainsi sous la bannière de Hébra qui e
a été le plus redoutable adversaire, je me croirais ramené au temp
où on admettait encore des diathèses organiques, telles que l
diathèse anévrysmale, la diathèse cardiaque, la diathèse veineus
la diathèse hémorrhoïdaire, etc.

Les connaissances nouvelles que nous avons acquises sur l
pathogénie du lichen et sur les manifestations secondaires q
peuvent en modifier l'apparence et en faire une dermatose poly-
morphe sont applicables au prurigo de Hébra.

Dans le lichen simplex circonscrit, on voit les papules suc-
céder au prurit, naître sous l'influence du grattage et de toute
les causes irritantes directes ou indirectes, externes ou internes q
peuvent agir sur le tégument cutané pour provoquer, entretenir o
réveiller la congestion oedémateuse des papilles.

Dans le prurigo de Hébra le prurit précède également l'ap-
parition des papules. Lorsque cette dermatose commence à un
âge auquel les malades peuvent rendre compte de leurs sensation
et de leurs symptomes subjectifs, comme par exemple après l'âge
de 5 ans, comme nous en avons vu un certain nombre d'exemple
les malades affirment que le prurit a précédé l'éruption et qu'il e
prémonitoire des poussées et des exacerbations successives.

Nous pensons que le premier symptome chez les enfants
premier âge, l'éruption urticarienne qui apparait souvent pendan
première dentition, est vraisemblablement précédée de prurit, con
l'indiquent l'agitation, l'insomnie des enfants pendant cette pér

[1]) Kaposi. Pathologie et traitement des maladies de la peau. Trad
française d'E. Besnier et A. Doyon. 2ième édition. t. I. p. 720.

d'erethisme nerveux qui préexiste ordinairement à l'apparition de l'urticaire.

Avec ces éléments urticariens connus autrefois sous le nom de strophulus (strophulus pruriginosus de Hardy) et que Rayer rattachait avec raison au lichen, avec ces petits pomphi plus persistants que ceux de l'urticaire, même de l'urticaire à marche chronique, ou ne tarde pas avoir paraître des papules. Un grand nombre de ces papules succède à l'élément urticarien dont elles fixent, en quelque sorte, la lésion papillaire. Cette première phase du prurigo, déjà indiquée par Hébra, signalée par tous les auteurs, a été très bien étudiée, dans sa symptomatologie et dans son anatomie pathologique par Riehl.[1])

On voit bientôt survenir de grosses papules mélangées de papules plus petites. En se multipliant ces papules deviennent confluentes en certains points, et j'ai vu souvent des plaques de lichen circonscrit accompagner, au début, chez les jeunes enfants, le prurigo de Hébra. Graduellement se fait la lichénisation de la peau; elle s'hypertrophie, s'indure, en subissant un travail de dermite chronique, identique à celui que nous avons maintes fois constaté dans le processus avancé du lichen chronique circonscrit.

L'évolution de ce processus est souvent hâtée par des irritations et des éruptions intercurrentes, véritables éruptions adventices, lésions secondaires qui donnent au prurigo ce caractère de polymorphisme si accentué que nous l'avons dénommé le lichen polymorphe ferox. Sous l'influence du grattage, des frottements par les vêtements, des applications irritantes, etc., le derme est excorié et ouvert aux inoculations microbiennes des éléments parasitaires de la suppuration: de là formation de vésicules, de pustules, de croûtes, d'abcès sous-épidermiques, de furoncles etc.; de là aussi l'état eczématoïde, impétigineux, ecthymatoïde etc. résultant des inoculations des staphylocoques du pus. Ces accidents sont surajoutés au prurigo de Hébra, mais ne lui appartiennent pas en propre comme ceux du processus primaire, et on peut les prévenir comme nous le verrons plus loin en parlant de la curabilité, possible en quelques cas, de cette dermatose.

A l'état de nervosisme qui préexiste à la névrodermite, à la formation des éléments urticariens et plus tard des papules et de la lichénisation, avec induration du derme, vient s'adjoindre une

[1]) G. Riehl. Ueber die pathologische Bedeutung der Prurigo in Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1884, p. 41.

autre condition pathogénétique apportée aussi par la constitution du sujet et pouvant expliquer le polymorphisme, la marche chronique, la longue durée du prurigo de Hébra et son incurabilité dans le plus grand nombre des cas. Cet élément, était pour Cazenove, pour Devergie et pour Bazin, la constitution scrofuleuse du malade; c'est pour nous la disposition lymphatique, prise au sens dans lequel l'entend Virchow, de système lymphatique d'un développement et d'une vulnérabilité exagérés.

III.

Le prurigo de Hébra ne commence pas toujours dans la première enfance. Ainsi que E. Besnier, ainsi que la plupart des dermatologistes français, ainsi que Ehlers, de Copenhague[1]), dans sa statistique des observations de Haslund, j'ai vu cette dermatose débuter entre l'âge de 10 à 15 ans et même plus tard. Un de mes malades avait 35 ans lors des premières manifestations. C'est entre 15 et 30 ans qu'elle avait commencé chez 9 des malades de Ehlers. Ces faits démontrent que la règle posée par Hébra et Kaposi, tout en étant vraie dans la pluralité des cas, n'est pas absolue et qu'on peut voir exceptionnellement le prurigo débuter après la première enfance.

IV.

L'incurabilité du prurigo de Hébra tout en étant la règle n'est pas cependant aussi absolue que l'on dit Hébra et Kaposi. On peut voir quelques cas de guérison; on peut surtout obtenir des améliorations et des rémissions de longue durée, 1° en protégeant la peau des malades contre le grattage auquel le prurit, souvent féroce, les incite incessamment 2° en l'abritant contre l'action des agents extérieurs irritants et contre les inoculations des microbes de la suppuration, etc. On y arrive à remplir ces indications en couvrant la peau de toiles emplastiques, parmi lesquelles le sparadrap à l'huile de foie de morue, additionnée de menthol ou de naphtol, m'a paru un des topiques les meilleurs. Les pommades au Naphtol, le glycérolé d'amidon additionné d'acide Tartrique (5%) et de menthol (de 2 à 5%) sont aussi de très bons agents du traitement externe.

[1]) Ehlers. Communication provisoire concernant une série de recherches cliniques sur le Prurigo de Hébra in Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1892, p. 403.

## Conclusions.

1⁰ Le prurigo de Hébra est, ainsi que le lichen simplex circonscrit, une névrodermite papuleuse chronique qui, dans une classification anatomo-pathologique, doit être rangée dans les affections papuleuses et dans une classification pathogénique appartient aux dermatoneuroses.

2⁰ Le prurigo de Hébra n'est pas une maladie indépendante, c'est la résultante de plusieurs conditions pathogéniques dont les deux majeures sont le nervosisme et la constitution lymphatique (diathèse scrofuleuse des anciens auteurs).

3⁰ Commençant généralement dès les deux premières années de la vie, il n'est pas très rare d'en voir les premières manifestations pendant la seconde enfance et pendant la jeunesse.

4⁰ Bien que la guérison ne soit pas la règle, elle n'est cependant pas très rare. Par un traitement bien dirigé, en protégeant la peau contre toutes les causes excitatrices de prurit, on peut obtenir des améliorations et des rémissions de longue durée.

---

## Discussion.

**Gaucher** (Paris): Je suis d'accord avec M. Vidal sur un point, c'est celui relatif à la nature lymphatique du prurigo, mais, contrairement à lui, je crois qu'il faut maintenir la distinction d'avec le lichen : ce sont des genres tout à fait distincts, quelque soit le nombre de formes qu'on admette pour le lichen. Quant au prurigo de Hébra, c'est le prurigo compliqué de nos anciens auteurs français; il est complètement décrit, notamment par Cazenave et par Devergie avec ses papules, ses suppurations et ses adénopathies, ainsi que je l'ai indiqué dans mon traité.

---

DRITTER TAG. — MITTWOCH 7. SEPTEMBER 1892.

## V. Sitzung.

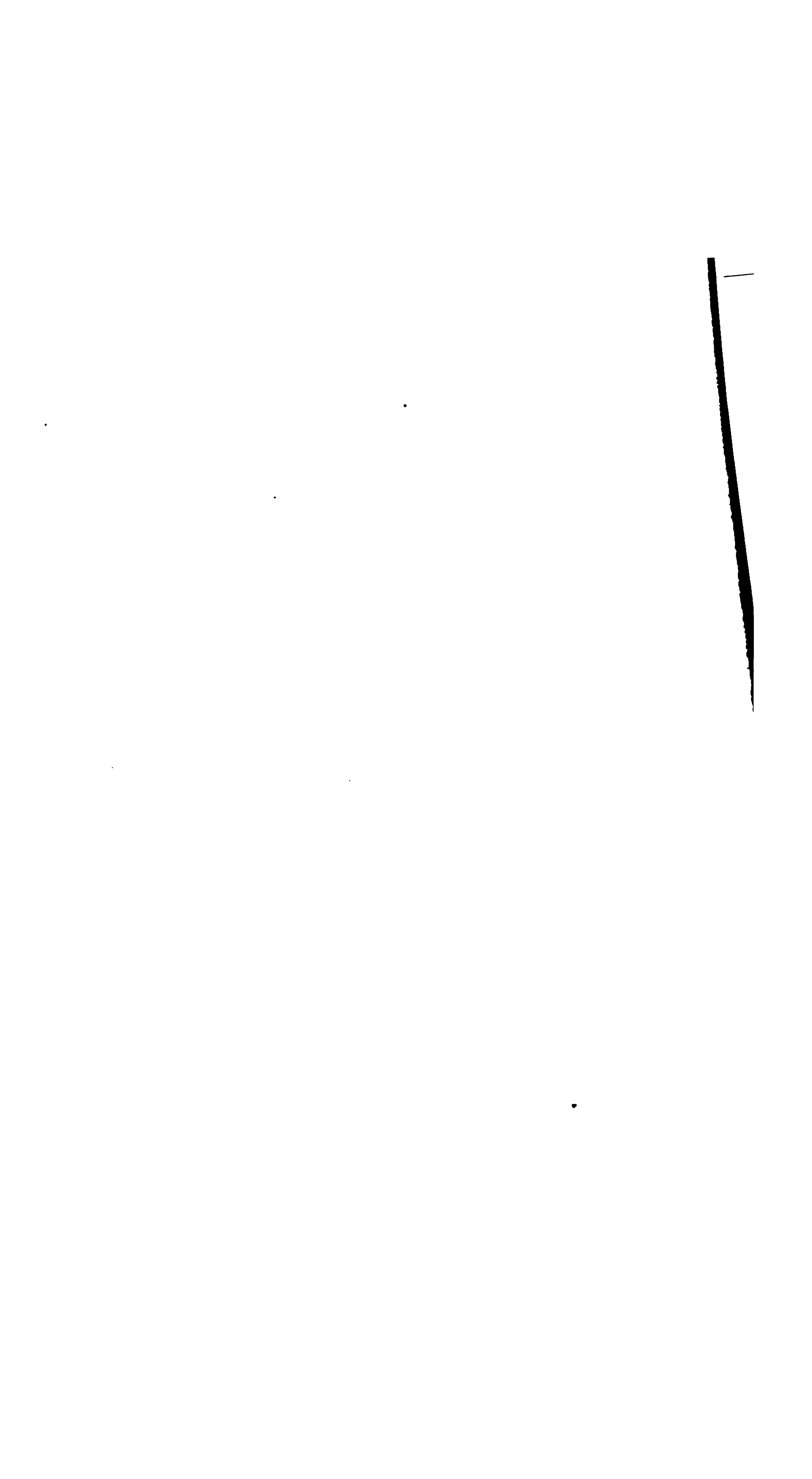
1. **Ueber Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes.** Von Prof. Jarisch.
2. **Ueber Anatomie und Physiologie des Hautpigmentes.** Von Doc. Ehrmann.
3. **Ueber den Nachweis des Quecksilbers und über die Localisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.** Von Prof. Ludwig.
4. **Ueber Localisation des Quecksilbers im thierischen Organismus nach verschiedenartigen Anwendungsweisen von Quecksilber - Präparaten.** Von Dr. C. Ullmann.

   Discussion: Prof. Campana.
5. **Betrachtungen über Arzneimittelausschläge.** Von L. Lewin.

## VI. Sitzung.

1. **Ueber Psorospermosen.** Von Prof. C. Boeck.
2. **Ueber Psorospermosen.** Von Prof. A. Neisser.
3. **Ueber Psorospermosen der Haut.** Von de Amicis.
4. **Ueber die protozoënartigen Gebilde des Krebses.** Von Doc. L. Török.
5. **Ueber Psorospermosen.** Von Doc. Ehrmann.
6. **Ueber Psorospermosen.** Von Prof. Janovsky.

   Discussion: Prof. Schwimmer.
7. **Recherches sur la secrétion sudorale et la secrétion sebacée.** Von Dr. P. Aubert.
8. **Versuche über Hautabkühlung.** Von Dr. R. Winternitz.
9. **Dermatologische Therapeutik.** Von Dr. Soffiantini.



## *V. Sitzung. — 9 Uhr Vormittags.*

Vorsitzender: **Köbner.**

Herr Jarisch (Graz):

### Ueber Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes.

Die Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes hat in dem letzten Decennium viele Forscher beschäftigt.

Fast gleichzeitig und unabhängig von einander sind Riehl für das Haarpigment, Aeby und Ehrmann für das braune, körnige Oberhautpigment überhaupt, zu der Ansicht gekommen, dass dasselbe nicht an dem Orte, wo wir es antreffen, auch entstanden sei, sondern dass es den Oberhautgebilden aus dem Corium zugeführt werde.

Diese Theorie, welche wir kurz als Einschleppungstheorie bezeichnen können, wurde von Karg und Kölliker, welch' letzterer schon im Jahre 1860 die Vermuthung aussprach, dass alle Pigmentzellen in den Oberhäuten aus der Cutis stammen und durch Einwanderung in dieselben gelangen, auf Grund eigener Beobachtungen acceptirt und von fast allen Untersuchern, welche sich in den letzten Jahren mit dem normalen oder pathologischen Pigmente, respective dessen Schwund, beschäftigten, angenommen.

Der vornehmste Grund für diese Anschauung lag in dem Befunde verzweigter, mit Pigment erfüllter Zellen, welche als etwas den Epidermiszellen Fremdartiges angesehen, als pigmentirte Wanderzellen gedeutet und ihrer Abstammung nach in den bindegewebigen Antheil der Cutis verlegt wurden.

Diese Auffassung fusste auf der allgemeinen Annahme, dass die verzweigten, nicht pigmentirten Zellen in den Epithelien, welche an den verschiedensten Orten angetroffen und als Langerhans'sche Zellen bezeichnet werden, nichts anderes als wandernde

Leukocyten oder Bindegewebselemente sein sollten, die erst secundär zwischen die Epithelien gelangt, also eingewandert seien.

Sie fusste auf dem Umstande, dass verzweigte Pigmentzellen nicht nur in den Oberhautgebilden von Amphibien, Reptilien, Säugethieren und dem Menschen, sondern auch in der bindegewebigen Grundlage der Haut seit langem bekannt waren und vielfach in einer Lagerung angetroffen wurden, welche die Annahme einer bestimmten und beweisenden Einwanderungsphase nahelegten.

Die Arbeiten von Riehl, Aeby, Kölliker, Halpern und theilweise auch jene von Karg, List und Anderen basiren ihre Schlüsse vornehmlich auf diese Verhältnisse.

Der Argumentation, welche in diesen Thatsachen liegt, begab sich Ehrmann, indem er die Pigmentzellen der Cutis ursprünglich wenigstens nicht in die Epidermis einwandern, sondern vielmehr ein fixes Bindegewebszellennetz an der Coriumepidermisgrenze das Pigment produciren oder aus tieferen Theilen der Cutis aufnehmen und dasselbe in die basalen Epidermiszellen mittelst temporärer Verbindungen übertreten lässt. — Die Begründung dieser Annahme versucht er durch folgende Angaben:

Beim Frosche finden sich nur drei Bilder, welche als Stufen oder Stadien der Pigmentinfiltration aufzufassen sind.

In der ersten Stufe befindet sich das Pigment sowohl in den basalen, als in den darüberliegenden, also in allen Zellenlagen der Epidermis, während das unter der Epidermis liegende Netz von verzweigten Zellen pigmentfrei sei.

Da nun das Pigment, nach Ehrmann, in grösster Menge von dem die Capillargefässausbreitung begleitenden Bindegewebszellennetze gebildet werde, dieses Zellnetz jedoch an den Stellen der ersten Stufe pigmentlos ist, so müsse an diesen Stellen in dem Bindegewebszellennetze entweder kein Pigment gebildet worden sein, oder dieses muss wieder aus den Zellen verschwunden sein. — Was in Wirklichkeit geschieht, könne man an dem Verhalten der Epidermis sehen; sie, die auf weite Strecken pigmentarm oder sogar pigmentlos ist, besitzt an diesen Stellen den reichlichsten Pigmentgehalt. In diesem Verhalten liegt aber nach Ehrmann der deutlichste Fingerzeig dafür, dass das Pigment von den Zellen des erwähnten Netzes in die Epidermis gewandert sei.

Der Weg dahin sei ja in Fortsätzen gegeben, die diese Zellen mit denen der Epidermis verbänden und an eben diesen Stellen müssten sie reichlicher sein, da gerade hier, wie Ehrmann gezeigt

at, eine festere Verbindung zwischen Epidermis und Corium besteht.

Ehrmann gibt an, unter dem Mikroskope ein deutliches Strömen des Pigmentes innerhalb der verzweigten Zellkörper der Epidermis und ein Uebertreten des Pigmentes in die darüberliegenden Epidermiszellen beobachtet zu haben. Es könne sonach keinem Zweifel unterliegen, dass selbes auch in jenen Fortsätzen derselben Zellen geschieht, die sich activ in die Epidermis hinein erstrecken.

In der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration sind die basalen Zellen pigmentfrei, die oberen pigmentirt, zwischen der pigmentirten und pigmentlosen Epidermisschicht liegen constant verzweigte, pigmentirte Zellkörper, die der Hauptmasse nach aufwärts gerichtete Ausläufer tragen. — Diese Zellen müssten als Vermittler für die Hinüberschaffung des Pigmentes in die obere Epidermislage gelten, denn sie treten in vollkommen regelmässiger Anordnung an der Grenze zwischen den pigmentlosen unteren und den pigmentirten oberen Lagen der Epidermis auf.

In der dritten Stufe der Pigmentinfiltration sei gar kein Pigment mehr in der Epidermis, hingegen habe sich um diese Zeit das aus dem subepithelialen Zellennetze ausgetretene Pigment wieder erneuert, und man findet es mit demselben vollgepfropft; die Pigmentwanderung könne von Neuem beginnen.

Während demnach die Mehrzahl der Autoren das Hauptargument für die Annahme einer Einschleppung des Pigmentes in die Epidermis in dem Umstande sieht, dass in dieser verzweigte Zellen vorkommen, die nach der allgemeinen Annahme nichts anderes als wandernde Leukocyten oder Bindegewebszellen sind, behauptet Ehrmann, die Einwanderung der verzweigten Zellen sei nicht erwiesen; die Pigmentabgabe an die Epidermis finde vielmehr entweder unmittelbar statt, indem sich die Chromatophoren mittelst Zellsubstanzbrücken mit den Epidermiszellen direct verbinden, oder mittelbar, indem die Ueberführung des Pigmentes in die Epidermiszellen durch eigene fixe an der Chorionepidermisgrenze liegende, verzweigte Zellen vermittelt werde.

Für die Annahme, dass das in die Höhe der Epidermis, sei es durch Wanderzellen, sei es durch das Chromatophorennetz beförderte Pigment thatsächlich auch in die Epidermiszellen selbst übergehe, werden die mannigfaltigen topographischen Beziehungen des Pigmentes zu den Oberhautzellen ins Treffen geführt; so erwähnt schon Riehl, dass man oft den Eindruck gewinnt, als wäre der Fortsatz einer verzweigten Pigmentzelle zerflossen und von den

Epithelzellen aufgenommen worden. Ehrmann weist auf die Pigmentlosigkeit seines Chromatophorennetzes unter der Epidermis bei seiner ersten Stufe der Pigmentinfiltration und auf seine Beobachtung des Uebertrittes von Pigment aus den verzweigten Zellen der Oberhaut in die darüberliegenden Epidermiszellen hin. Karg lässt den Ausläufer mit einer knopfförmigen Anschwellung enden, diese platzen und ihren Inhalt in die Epithelzellen einstreuen, oder als häufigeren Modus den Ausläufer auf eine grössere Strecke sich der Epithelzelle anschmiegen, zerfliessen, worauf die Epithelzellen activ die Bestandtheile des schwarzen Ausläufers in sich aufnehmen.

Halpern, ein neuerer A[illegible]er der Einwanderungstheorie, wird auf Grundlage seiner Untersuc[illegible]ngen über die Negerhaut zur Aufstellung zweier Modi der A[illegible]me des Pigmentes von Seite der Retezellen geführt; 1. A[illegible]e des durch Zerfliessen der Wanderzellen und ihrer Ausläuf[illegible] Einwirkung der Retezellen) in den Intercellularräumen freigewo[illegible]e[illegible] Pigmentes und 2. Aufnahme von Theilen des Protoplasmas [illegible]anderzellen, vielleicht sogar ein Verschmelzen ganzer Zell[illegible] mi[illegible]pidermiszellen.

Die Annahme, dass der Blu[illegible]arbstoff die Muttersubstanz des Pigmentes sei, findet ihre Stütze darin, dass die Pigmentzellen des Coriums vielfach in grösster Menge um die Blutgefässe liegen, in einigen Beobachtungen, denen zufolge Blutaustritt in das Gewebe und Pigmentbildung concurriren; sie stützt sich auf die Beobachtung blutkörperchenhaltiger Zellen bei solchen Extravasaten, ferner auf eine neuere Angabe von List, derzufolge an der Crysta des Schwanzes von Triton crystatus in den Gefässen des oberflächlichen, dicht unter der Epidermis liegenden Capillarnetzes innerhalb der Blutkörperchen das Auftreten von Pigmentkörnchen beobachtet werden könne, und endlich auf die Eisenreaction, welche manche Pigmente des Coriums geben.

Somit schien die Kette von Beweisen für die Abstammung des Pigmentes aus dem Blutfarbstoffe und dessen Einschleppung in die Oberhautgebilde geschlossen, und diese Theorie wurde zur herrschenden, zumal in dem Experimente Karg's, in welchem derselbe die auf den Neger transplantirte Haut des Weissen schwarz werden sah, ein Experimentum crucis vorzuliegen schien.

Die Möglichkeit einer metabolischen, autochthonen Entstehung des Pigmentes wurde von den Einwanderungstheoretikern nicht weiter in Betracht gezogen, oder, wie von Ehrmann, als durchaus unbegründet zurückgewiesen, da bei den Amphibien nur drei Bilder

nzutreffen seien, die nichts Anderes darstellten als ebensoviele 'hasen des Pigmentaufstieges aus dem Corium.

Nur Kölliker, sonst ein Anhänger der Einschleppungstheorie, ries darauf hin, dass der Satz Aeby's, dass im Epithel niemals 'igment gebildet werde, nicht richtig sein könne. Denn es habe uf jeden Fall ein Theil des Ektoderms, nämlich die Medullar-platte, die Fähigkeit, Farbstoffe zu entwickeln, wie die Pigmentlage der Netzhaut und die pigmentirten Nervenzellen lehren.

Ausserdem böten auch wirkliche Oberhäute, wie diejenigen der gefärbten Stellen des Weissen, einer Erklärung im Sinne von Aeby annoch grosse Hindernisse, indem es in vielen Fällen nicht möglich sei, ein Einwandern gefärbter Bindegewebszellen nachzuweisen, ja selbst nicht einmal solche Zellen in der Nähe des pigmentirten Epithels zu finden.

Der Einschleppungstheorie erwuchs im Jahre 1889 in Mertsching ein entschiedener Gegner. Derselbe hob gegen Riehl hervor, dass man sich die Aufnahme der Pigmentkörnchen in die Rindenzellen des Haares nicht so vorstellen könne, wie etwa die Amöben Farbkörnchen aufnehmen; während im letzteren Falle das Protoplasma der Amöbenzellen die Farbstoffkörnchen umfliesst, könne man sich Aehnliches bei den bewegungslosen Rindenzellen des Haares nicht vorstellen, hier müssten die Pigmentkörnchen, die angeblichen Zerfallsproducte der Wanderzellen, die active Rolle übernehmen und sich durch den Hornmantel der Haarrindenzellen den Weg bahnen. — Das sei der wunde Punkt der Theorie, welche alles Pigment in die Oberhautgebilde durch Wanderzellen befördert, eine stichhaltige Erklärung für das Eindringen des Pigmentes in die Hornzellen selbst und für das Verschwinden des Protoplasmas der das Pigment übertragenden Wanderzelle zu geben. — Gegen Ehrmann's Angabe, er habe ein Uebertreten des Pigmentes aus einer Epidermiszelle in die nächst höhere gesehen, wendet Mertsching ein, dass dies eine Beobachtung ist, deren Modus ohne weiteres nicht ganz verständlich sei, da man zur Zeit doch immer nur eine einzige Zellenlage ins Auge fassen kann, lebende Gewebe aber immer mehrschichtig zu sein pflegen, vor allem aber die Epidermis.

Gegen Karg, der annimmt, dass Wanderzellen das Pigment in die weisse, auf den Neger transplantirte Haut einschleppen, bei Transplantation von Negerhaut auf den Weissen das Pigment in das Corium forttragen, wendet Mertsching ein, dass es unter solchen Verhältnissen nicht zu begreifen wäre, warum bei Schecken,

die bekanntlich bei den Negern existiren, Wanderzellen die Differenz in der Hautfarbe nicht allmälig ausgleichen.

Das Oberhautpigment ist nach Mertsching nicht eingeschleppt, es ist vielmehr ein Product des Kernzerfalles der Oberhautzellen; ferner bestehe, da er beobachtete, dass bei einem gewissen Focalabstande der Objectivlinse vom Präparate fixirte Pigmentkörner nicht schwarz, sondern hellglänzend erscheinen und bei gefärbten Präparaten die Keratohyalinreaction zeigen, eine Verwandtschaft zwischen dem Keratohyalin und dem Pigmente der Haut und Haare, ja beide Körper seien identisch.

Auch Kodis kommt zu dem, wie mir scheinen will, durch seine Untersuchungen nicht ausreichend begründeten Satze, dass das Pigment der Epidermis nicht eingewandert, sondern von den Epidermiszellen selbst erzeugt sei, ja in Umkehrung der Einschleppungstheorie sogar zur Annahme, dass das Pigment nur in der Epidermis gebildet wird und von da in die Cutis einwandere.

Auch Caspary hat auf die Schwierigkeiten hingewiesen, welche der Verallgemeinerung der Einschleppungstheorie entgegenstehen, und sieht sich zur Annahme geneigt, dass für das Oberhautpigment zweierlei von einander unabhängige Quellen bestehen.

Von klinischen Gesichtspunkten aus hat Kaposi darauf hingewiesen, dass bezüglich vieler Pigmentationsvorgänge, Pigment-An- und Rückbildung die Annahme des hämatogenen Ursprunges des Pigmentes zur Erklärung nicht ausreiche und eine chromatopoëtische Function anderer Protoplasmagebilde, speciell der basalen Retezellen annehmbar erscheine.

In Uebereinstimmung mit Caspary und Kaposi habe auch ich gleichzeitig mit denselben am X. Internationalen Congresse unter Anderem auf gewisse Verhältnisse in der Pigmentvertheilung hingewiesen, welche eher auf einen verschiedenen Chemismus der Retezellen als auf den rein mechanischen Vorgang der Einschleppung zu beziehen seien.

Auch Kromayer hat in der Discussion in Anlehnung an die ausgesprochenen Zweifel über die Giltigkeit, oder wenigstens Allgemeingiltigkeit der Einschleppungstheorie hervorgehoben, dass sich in der Haut unserer Gesammtoberfläche Pigment in den Epithelzellen ohne Pigment in der Cutis vorfinde.

Alle diese Einwände, von denen zum Theile behauptet wurde, dass sie sich ganz gut mit der Annahme der Pigmentübertragung vereinigen liessen, waren nicht im Stande, die durch die erörterten

Gründe gestützte und von hervorragendsten Histologen acceptirte Einschleppungstheorie zu erschüttern.

Auf Grundlage neuerer, ausgedehnter Untersuchungen, welche die Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes bei den Amphibien, Säugethieren und dem Menschen umfasste, bin ich nun in entschiedene Gegnerschaft zur Einschleppungstheorie getreten, mindestens aber zu dem Satze, dass in der Epidermis kein Pigment gebildet werde.

Meine Argumentation versuchte nachzuweisen, dass die Gründe für die Einwanderungstheorie nicht so zwingend seien, als es den Anschein hatte.

Zunächst gelang mir bei Larven, wie ich glaube, von Pelobates fuscus (mit aller Sicherheit konnte ich dies bisher leider noch nicht eruiren) der Nachweis, dass sternförmige Pigmentzellen der Epidermis sich aus pigmentirten Oberhautzellen entwickeln. — Diese zeigen eine eigenthümliche Verdichtung ihrer peripheren Antheile und wachsen zu grossen, den Umfang der Retezellen meist bedeutend übertreffenden kugeligen Gebilden heran, die sich durch einen besonderen Glanz auszeichnen. — In diesem Stadium kommt es zu theilweiser Auflösung dieser eigenthümlichen Pigmentballen, insoferne an einzelnen Stellen eine Art Vacuolenbildung auftritt. Die Lückenbildung kann sich auf die centralen Theile der Zelle beschränken, so dass bei dem Einreissen der daraus resultirenden Blase im Durchschnittsbilde sichelförmig gebogene, tief dunkel pigmentirte Gebilde hervorgehen, oder es kommt zu mehrfacher Lückenbildung, deren Resultat abermals ein mehr oder weniger sichelförmiges Gebilde ist, von dessen Körper aber eine Reihe von Fortsätzen ausgehen. Stellt man sich nun vor, dass die umgebenden Epidermiszellen in diese Bildungen hineinwachsen und dieselben aufrollen, so hat man das Bild der sichel- oder sternförmigen Pigmentzelle der Oberhaut in allen ihren Eigenthümlichkeiten vor sich.

In den Präparaten, welche ich aufgestellt habe, wird man sich unschwer von diesen Thatsachen überzeugen können; gleichzeitig aber auch, dass die grösste Zahl, vielleicht alle die verzweigte Pigmentzellen darstellenden Gebilde in der Oberhaut der untersuchten Larven dem beschriebenen Vorgange ihre Entstehung verdanken; dafür spricht die Reichlichkeit der in Umwandlung begriffenen Zellen.

Einen durchaus analogen Vorgang wie den eben beschriebenen habe ich an der Ochsenconjunctiva zur Bildung verzweigter

Pigmentzellen führen gesehen und ebenso durch theilweise Auflösung und Einreissen der vergrösserten, in ihrer Wand eigenthümlich verdichteten Matrixzellen des Haares von Säugethieren und vom Menschen die Entstehung von Gebilden beobachtet, welche den verzweigten Pigmentzellen der Haarmatrix entsprachen.

Die Entstehung von Wanderzellen, respective verzweigten Zellen, (was nach der bisherigen Auffassung ein und dasselbe ist) in der Oberhaut des Froschlarvenschwanzes hat schon zwei Jahre vor mir Kodis behauptet. Der von ihm angeführte Modus der Entwicklung der verzweigten Zellen deckt sich aber nicht mit dem von mir beschriebenen; die verzweigten Zellen der Oberhaut kämen nach Kodis durch eine Art endogener Zellvermehrung zu Stande.

Die Resultate der Kodis'schen Arbeit, welche auch die Erzeugung des Pigmentes durch die Epidermiszellen selbst behaupten, haben, so weit mir bekannt, wenig Zustimmung gefunden.

Eine sehr erwünschte Stütze für meine Anschauungen über die Entstehung der verzweigten Pigmentzellen der Oberhaut bildete aber die bald nach dem Erscheinen meiner diesbezüglichen Publication und unabhängig von ihr erfolgte Mittheilung von Sigmund Mayer, dass es ihm gelang, sich in unzweifelhafter Weise davon zu überzeugen, dass die sternförmigen, nicht pigmentirten, sogenannten Langerhans'schen Zellen nichts Anderes sind als umgewandelte, gewöhnliche Epithelzellen, und dass ihm dieses auch für die Pigmentzellen sehr wahrscheinlich sei.

Mit dieser Thatsache kommt aber das Hauptfundament der Einschleppungstheorie ins Wanken; haben die sternförmigen Zellen überhaupt und die verzweigten Pigmentzellen im Besonderen aufgehört, etwas den Oberhautgebilden durchaus Fremdartiges zu sein, dann verringert sich auch die Beweiskraft der zu Gunsten der Einwanderungstheorie vorgebrachten Argumente in dem Masse, als die Nothwendigkeit entfällt, sie als Eindringlinge anzusehen.

Durch diese Thatsache verlieren all' die Angaben von bestimmten Einwanderungsphasen an Beweiskraft, denn all' die diesbezüglichen Bilder finden ihre ausreichende Erklärung durch die Umwandlung der Epithel-, speciell Basalzellen in die verzweigten Gebilde.

Mit diesen Einwendungen sind aber durchaus nicht alle Gründe, welche zu Gunsten der Einwanderungstheorie zu sprechen schienen, entkräftet.

Ehrmann hat ja die Frage, ob die verzweigten Pigmentzellen der Oberhaut eingewanderte Zellen sind oder nicht, als eine offene

zeichnet und ist doch für die Einschleppung des Pigmentes eingetreten. Für ihn waren andere Gründe bestimmend; vor allem die mentvertheilung in der Froschhaut, welche er durch seine drei fen der Pigmentinfiltration repräsentirt fand.

Gegen diese Aufstellung Ehrmann's habe ich zum Theil aus ioristischen Gründen Einsprache erhoben.

Ich habe hervorgehoben, dass die erste Stufe der Pigmenttration, in der also sämmtliche Epidermiszellen pigmenthaltig sind, subepidermoidale Zellnetz aber pigmentfrei ist, ein recht seltenes l der Pigmentvertheilung darstellt, während die zweite Stufe eine r verbreitete und in fast jedem Schnitte der Kopf- und Rückenhaut an:effende Anordnung des Pigmentes bildet, somit eine Beziehung ser beiden Bilder zu einander schon von vorneherein nicht sehr arscheinlich erscheint, um so viel mehr noch, als durch das Auf:en der verzweigten Pigmentzellen in der zweiten Stufe, als ganz ier Elemente, der Nachweis jeder Beziehung dieser zur ersten ife fehlt, somit eigentlich nicht klar wird, welche Bedeutung en in der Reihenfolge der Vorgänge zukomme.

Aber abgesehen von diesen aprioristischen Bedenken habe ich 'auf hingewiesen, dass die erste mit der zweiten Stufe darum ht in Beziehung gebracht werden kann, weil in der ersten ein derer anatomischer Bau vorliegt als in der zweiten, es sonach it des Beweises bedürfte, dass das, was jetzt erste Stufe darstellt, ch einiger Zeit unter Aufgabe ganz markanter anatomischer genthümlichkeiten in die zweite übergehe.

Ich habe nämlich das Bild der Ehrmann'schen ersten Stufe r an Stellen angetroffen, welche eine warzenartig verdickte Oberut zeigten. Zu Gunsten der Einwanderungstheorie sprach aber merhin die Thatsache, dass an den Stellen der ersten Stufe der gmentinfiltration das subepidermoidale Zellennetz zumeist pigmenti ist und es dadurch den Anschein gewinnt, als wäre an diesen ellen, welche in der Epidermis den reichsten Gehalt an Pigment fweisen, dieses wirklich aus dem subepidermoidalen Zellnetze aufstiegen.

Die Argumentation Ehrmann's erscheint soweit durchaus ausibel; — aber nur so lange, als man ausser Acht lässt, dass auch warzige Erhebungen der Froschhaut gibt, welche in den berhautzellen keine Spur von Pigment aufweisen und nichtsdestoeniger das subepidermoidale Zellnetz ebenso frei von Pigment igen, als an den Stellen der ersten Stufe. — Das Pigment kann :r aber nicht fehlen, weil es an die Oberhautzellen abgegeben

wurde; diese enthalten ja keines — der Mangel des Pigmentes unterhalb der warzigen, respective der Stellen, welche sich in der ersten Stufe befinden, muss einen anderen Grund haben.

Ehrmann hat diese meine Ausführungen angefochten; doch muss ich sie, da ich die Gegengründe desselben, soweit sie mir verständlich waren, nicht anerkennen kann, aufrechterhalten. Wenn Ehrmann sagt, dass meine Behauptung von der Seltenheit der ersten Stufe der Pigmentinfiltration nur theilweise richtig sei, denn es hänge dies vom Thierindividuum ab, das man untersucht, so muss ich erwidern, dass das, was individuell ist, nicht generelle Bedeutung haben könne.

Alles Andere aber, was Ehrmann in dieser Beziehung und in Entgegnung auf meine Deductionen vorgebracht hat, steht nur in losem Zusammenhange mit diesen und trifft den Kern derselben nicht.

Ehrmann hat durch Einwirkung von Essigsäure auf die Froschhaut constatirt, dass an den Stellen seiner ersten Stufe der Pigmentinfiltration eine festere Verbindung zwischen dem Corium und der Epidermis statthat; er folgert aus diesem Verhalten, dass gerade an diesen Stellen eine reichlichere temporäre Verbindung zwischen dem subepidermoidalen Pigmentnetze und der Epidermis mittels Ausläufer vorhanden sein müsse.

Dieser Annahme lässt sich entgegnen, dass, nachdem nach Ehrmann's Auffassung bereits alles Pigment in die Epidermis übergetreten ist, eine weitere temporäre Verbindung nicht recht verständlich wäre, und es lässt sich die Thatsache des festeren Haftens der Epidermis an diesen Stellen auch in etwas einfacherer Weise erklären.

Wir sehen nämlich gerade an den warzigen Partien nicht nur die Stachelzellen mit einem sehr deutlichen Stachelpanzer ausgerüstet, sondern auch die fingerförmigen Fortsätze, mittels welcher die Basalzellen in die sogenannte Basementmembran eingepflanzt sind, viel deutlicher ausgebildet. Unter diesen Verhältnissen brauchen wir gar nicht auf das temporäre und etwas ungewöhnliche Ineinanderfliessen der Fortsätze des subepidermoidalen Pigmentzellennetzes und der Basalzellen zu recurriren, die festere Verbindung an den Stellen der ersten Stufe Ehrmann's erklärt sich viel ungezwungener in Berücksichtigung der besser ausgebildeten Apparate, die der Fixirung der Oberhaut an das Corium dienen.

Mit dem Nachweise, dass die drei Stufen Ehrmann's nicht als Phasen des Pigmentaufstieges gedeutet werden können, wird auch der Behauptung, dass in der Epidermis selbst kein Pigment gebildet werde, der Boden entzogen. Ehrmann argumentirte nämlich: Da in der Froschhaut nur die drei Bilder, welche seinen drei Stufen entsprechen, anzutreffen sind, diese aber nichts anderes als Phasen des Pigmentaufstieges repräsentiren, so müsse die Annahme, dass in der Oberhaut selbst Pigment gebildet werde, zurückgewiesen werden. — Uebrigens habe ich auch gegen die Behauptung, es kämen nur die drei Bilder Ehrmann's zur Beobachtung, Einsprache erhoben.

Die Gründe, welche ich gegen die Einschleppungstheorie vorgebracht habe, waren aber nicht nur negativer, sondern auch positiver Natur.

Ich habe auf Grundlage der Thatsache, dass sich Oberhautpigment bei den Froschlarven schon zu einer Zeit findet, wo noch keine Cutis, ja auch noch kein Blut gebildet ist, behauptet, dass die Pigmentation des Integumentes der Froschlarven von Aussen nach Innen erfolge, somit eine Einschleppung, die von Innen nach Aussen geht, nicht supponirt werden könne.

Dieser Angabe hat Ehrmann widersprochen; er behauptet nämlich, das Oberhautpigment der Froschlarven entstamme dem mütterlichen Organismus, das Pigment des Froscheies gehe einfach in die Oberhautzellen über; demnach eigneten sich die Froschlarven gar nicht zum Studium des Pigmentes, man müsse dasselbe an Thieren studieren, deren reife Eier im Ovarium kein Pigment enthielten.

Wenn ich nun auch den Beweis für nicht erbracht ansehe, dass einiges Oberhautpigment der Froschlarven dem mütterlichen Organismus entstamme, so kann ich doch die Möglichkeit nicht bestreiten und will die Berechtigung des Ehrmann'schen Einwandes ohneweiters anerkennen — aber nur für die Froschlarven. Denn gerade an solchen Thierembryonen, wie sie Ehrmann fordert, ist bereits, wie ich infolge erneuerten Studiums der Literatur ersehe, thatsächlich die Beobachtung gemacht worden, dass das Pigment zuerst in der Oberhaut auftrete, und zwar von Kerbert bei Schlangenembryonen. Also bei solchen Thierembryonen, an denen Ehrmann die Untersuchung angestellt wissen will, ist die Beobachtung bereits gemacht, dass sich das Pigment des Integumentes von Aussen nach Innen entwickle.

Uebrigens ist in der allerletzten Zeit, gerade von der Stelle aus, auf welche sich die Ehrmann'sche Behauptung, dass das Oberhautpigment des Froschembryos dem mütterlichen Organismus entstamme, stützt, in einer Arbeit aus dem Wiener embryologischen Institute gezeigt worden, dass bei Bufo cinereus im Embryonalstadium thatsächlich eine Neubildung und Vermehrung des Pigmentes in der Oberhaut erfolge und zwar zu einer Zeit, wo noch keine Blutanlagen sichtbar sind. Winkler kommt zu dem Schlusse, dass die Pigmentbildung in den ersten Stadien mit der Umwandlung des Hämoglobins und demnach auch mit dem mütterlichen Blute nicht zusammenhängen könne; er erwähnt überdies, dass die grösste Masse des Pigmentes im Ektoderm anzutreffen sei.

Mit der Angabe, dass das Pigment bei Schlangenembryonen zuerst in der Epidermis auftrete, stimmen auch Beobachtungen recht gut überein, die zwar von Vertretern der Einschleppungstheorie gemacht wurden, die sich aber mit der Annahme der autochthonen Entstehung des Pigmentes besser in Einklang bringen lassen, als mit der einer Einschleppung.

So berichtet Blaschko, dass bei der Untersuchung der Sohlenballen schwarz-weiss gefleckter Katzen, welche eben im Schwarzwerden begriffen sind, sämmtliches Pigment innerhalb weniger zwischen den Basalzellen liegender verzweigter Zellen angesammelt ist. — Auch die Angabe Karg's bezüglich des Schwarzwerdens weisser auf den Neger transplantirter Haut, dass das Pigment zuerst in Form sehr zierlicher schwarzer Fasern auftrete, welche vereinzelt oder an schon dunkleren Stellen dichter im Bereiche der tieferen Epithelschichte der Epidermis liegen, deute ich so.

Auch gehört das Resultat der Untersuchungen Schwalbe's an im Haarwechsel begriffenen Hermelinen hierher, welche der Autor in Folgendem zusammenfasst:

»Da zu keiner Zeit Pigmentzellen sich in der Cutis, der Haarpapille, den Wurzelscheiden und in der Epidermis finden, das neue Pigment vielmehr zunächst nur in der eigentlichen Haarwurzel der jungen Papillenhaare auftritt, so kann an diesem Objecte von einer Einschleppung von Pigment in die Haare aus dem Bindegewebe nicht die Rede sein. — Es liegt hier ein unzweifelhafter Fall autogener Entstehung des Haarpigmentes in den Matrixzellen des Haares vor.«

Endlich habe ich mit allem Nachdrucke hervorgehoben, dass die Haarpapille beim Menschen und verschiedenen Säugethieren

n der Regel pigmentfrei ist, somit eine Einschleppung des Pigmentes in die Matrix des Haares unannehmbar erscheine.

Als weiteres Argument gegen die Einschleppungstheorie habe ich die Thatsache angeführt, dass in Zellen, welche verhornen, mit der Zunahme der Verhornung eine Zunahme der Pigmentirung parallel läuft. Da nun die Verhornung der Zellen von Aussen nach Innen fortschreitet, die beginnende Verhornung um die Zellen einen für corpusculäre Elemente undurchdringlichen Mantel erzeugt, so kann die Zunahme des Pigmentes innerhalb der verhornenden Zellen nicht durch Einschleppung von Aussen, sie muss infolge innerer, innerhalb des Hornmantels ablaufender Vorgänge erfolgen — das Pigment dieser Hornzellen muss autochthon entstehen.

Ich habe als Beleg für diese Aufstellung die Larvenzähne der Batrachier angeführt; diese gehen aus der allmäligen, echten von Unten nach Oben fortschreitenden Verhornung von Epithelzellen hervor und zeigen vollständig entwickelt eine tief dunkelbraune Färbung, welche gegen die jüngeren in Entwicklung und Verhornung begriffenen in eine rauchgraue Farbe übergeht und endlich ganz schwindet. Wer diese allmälige Zunahme der Pigmentirung und die Pigmentlosigkeit der umgebenden Oberhautzellen ins Auge fasst, wer berücksichtigt, dass die Pigmentirung vielfach als diffuse Färbung auftritt, wer die Hinfälligkeit der fertigen Larvenzähne in Betracht zieht, die sich einestheils durch das Vorhandensein solcher im Darminhalte, andererseits durch die reichen Anlagen dieser — sie stecken in mehrfachen Düten ineinandergeschachtelt — ausdrückt, der wird der Behauptung Ehrmann's, dass auch das Pigment der Larvenzähne dem mütterlichen Organismus entstamme, nicht zustimmen können.

Uebrigens habe ich ja auch an der Daumenschwiele des männlichen Frosches den Nachweis geführt, dass die Pigmentzunahme mit dem Fortschreiten der Verhornung parallel geht. Für diese Thatsache, welche die Ehrmann'sche Kritik ganz vernachlässigt hat, kann doch die Annahme, dass auch dieses Pigment dem mütterlichen Blute entstamme, nicht Anwendung finden.

Ich muss sonach daran festhalten, dass wir in den Larvenzähnen sowohl, wie in der Daumenschwiele des ausgewachsenen männlichen Frosches einen stringenten Beweis für die autochthone Entstehung des Pigmentes vor uns haben.

Gegen die Richtigkeit der Lehre von der ausschliesslichen Entstehung des Pigmentes aus dem Blutfarbstoff und dessen Verschleppung in die Oberhautgebilde habe ich des Weiteren aus-

geführt, dass man bei Froschlarven die Entstehung von Pigment aus den Dotterplättchen nachweisen könne — eine Beobachtung welche schon vor mir List an Forellenembryonen und nach mir Winkler bei Embryonen von Bufo cinereus gemacht haben. Wenn Ehrmann betont, dass nur der minimalste Theil des Pigmentes dieser Quelle entstammen könne, so ist dies für meine Beweisführung vollständig belanglos. Es kann ja Niemandem beifallen daran zu denken, dass das Pigment der späteren Lebensperioden diesem Modus seine Entstehung verdanke; worauf es mir in meiner Argumentation gegen die Einschleppungstheorie ankam, war, zu zeigen, dass sich Pigment entwickle, bevor rothes Blut vorhanden ist, und dass es sich in der Oberhaut an Ort und Stelle entwickle — und dieser Nachweis muss selbst dann für geglückt gelten, wenn er auch nur für minimalste Pigmentmengen erbracht wäre.

Für die autochthone Entstehung des Pigmentes habe ich ferner ein eigenthümliches Verhalten des Pigmentes an der Conjunctiva bulbi der Ochsen geltend gemacht. — In der Peripherie brauner Flecken der Ochsenconjunctiva fanden sich nämlich sehr häufig homogene, kugelige, tropfenförmige, das durchfallende Licht starkbrechende und glänzende, das auffallende Licht nicht reflectirende Gebilde, welche in ihrem gelben bis braunen Farbentone der Farbe des Pigmentes vollkommen entsprachen. Diese Gebilde verriethen eine besondere Beziehung zum Kern der Epithelzellen, indem sie entweder am proximalen oder distalen Kernpole der Basalzellen oder an beiden zugleich lagerten und, im Falle sie in den oberen Zelllagen vorhanden waren, in denen der Kern eine oblonge Form annimmt und quer lagert, diesem seitlich angefügt erschienen. — Da sich von diesen homogenen Pigmenttropfen bis zu kugelförmigen Gebilden von gleicher Grösse, die sich als Conglomerate von Pigmentkörnchen erwiesen, eine continuirliche Reihe herstellen liess, so sprach ich die eigenthümlichen tropfenförmigen Gebilde als Vorstadien des körnigen Pigmentes, bei denen an eine Einschleppung nicht zu denken war, an.

Der mir überhaupt schwer verständliche Vorgang eines Zusammensinterns von Pigmentkörnchen, wie er für grössere Pigmentmassen vielfach supponirt wird und wie er etwa zur Erklärung dieser eigenthümlichen Pigmenttropfen herangezogen werden könnte war nicht anzunehmen, denn diese fanden sich vielfach ausschliesslich und ohne die Gegenwart kleinerer Pigmentkörner, die ja doch als Vorstadien derselben in jedem Falle vorhanden sein müssten

— Alles drängt zur Annahme, dass wir es in ihnen mit Vorstadien des Pigmentes zu thun haben.

Fortgesetzte Studien an Objecten verschiedenster Provenienz haben nun nicht nur die Richtigkeit dieser Annahme dargelegt, sondern auch, wie mir scheint, die definitive Lösung der Frage nach der autochthonen Entstehung des Pigmentes in den Oberhautgebilden überhaupt durch ganz positive und directe Beweise herbeigeführt.

Untersucht man Flachschnitte vom Schwanze ca. 15—28 mm langer, mit Saffranin gefärbter, in salzsaurem Alkohol entfärbter Tritonlarven, so fallen vielfach in den Oberhautzellen leuchtend roth gefärbte homogene Kugeln von der gleichen Farbennuance auf, wie sie die Kerntheilungsbilder anderer Zellen zeigen. — Diese Kugeln finden sich nur vereinzelt oder zu mehreren, häufig neben nicht gefärbten, aber auch intensiv glänzenden tropfenförmigen Gebilden im Protoplasma derart gelagert, dass sie meist von einem hellen Saum umgrenzt, einmal vom Kern im Ruhezustande in ihrer grössten Circumferenz umschlossen scheinen, das anderemal nur in einer Einbuchtung des Kernes und endlich auch frei im Protoplasma liegen.

Diese Kugeln sind auf Grundlage der Arbeiten von Flemming, welcher sie als Inhalt von Lymphdrüsenzellen beschreibt und als tingible Körper bezeichnet, von Löwit, der sie als Inhalt der weissen Blutkörperchen des Krebsblutes vielfach antraf und als pyrenogene Körper anspricht, von Holl, der das Auswandern chromatischer Kugeln aus dem Kern der Eizelle beobachtete, und auf Grundlage der Arbeiten von Nussbaum, Gaule, Platner, Ogata und Anderen über den sogenannten Nebenkern als Kernsubstanzen, die in den Zellleib übergetreten sind, anzusprechen.

Die von mir angetroffenen Kugeln im Protoplasma der Oberhautzellen von Tritonlarven boten vielfach die Eigenthümlichkeiten der von obigen Autoren beschriebenen Gebilde, insbesondere insoferne sie einmal als durchaus compacte, homogene, stark tingirte und glänzende Kugeln erschienen, das andere Mal vielfach Vacuolen aufwiesen, so dass sie sich mit den Bildern, wie sie zum Beispiel Flemming von seinen »tingiblen Körpern« beschreibt, vollkommen deckten; sie sind, so beschreibt sie Flemming, häufig hohlkugelartig, so dass die Mitte leer und hell erscheint; dabei ist die Wand der Hohlkugel meistens einseitig verdickt, oder es ist nur eine einseitige Hohlkugelwand vorhanden, so dass der optische Durchschnitt

bald sichelförmig wird, — oder oft sind zwei oder mehrere Wand-
stellen nach Innen verdickt u. s. w.

Das Merkwürdige an diesen solche Gebilde tragenden Zellen ist nun, dass sie sehr oft gleichzeitig Pigment enthalten und zwar ebenfalls theils in Form mehr homogener, theils deutlich gekörnter Kugeln. — Die braune Farbe dieser Kugeln ist aber nicht immer eine gleichmässige; es finden sich vielmehr Kugeln, deren Grund roth erscheint, während sie mit Pigmentkörnchen erfüllt sind, oder Kugeln, die an einem Segmente roth, am anderen braun erscheinen.

Aber nicht genug daran, es finden sich auch alle die von den tingiblen Körpern Flemming's gebildeten, hohlkugelartigen Formen, aber nicht in der Farbe dieser, sondern in der Farbe des Pigmentes, einmal von mehr homogener, das andere Mal von mehr körniger Beschaffenheit. — Alle diese Bilder finden sich nebeneinander besonders schön in Schnitten, die durch die Drüsenanlagen gegangen sind; hier lässt sich auch der Zusammenhang derselben mit chromatischen Klumpen im Zellkerne mit aller Sicherheit nachweisen.

All dies drängt nun aber zu dem Schlusse, dass wir es in diesen Bildern mit nichts anderem zu thun haben, als mit einzelnen Phasen der Entstehung von Pigment aus Kernsubstanzen. — Der Bildung von Pigment geht der Austritt von Kernsubstanzen in den Zellleib voraus, und aus diesen entwickelt sich — unter Umständen — Pigment. — Ich sage unter Umständen, denn in keinem Falle führt der Austritt von Kernsubstanzen in den Zellleib unter jeder Bedingung zur Pigmentbildung.

Aus den Arbeiten von Flemming, Ogata, Platner, Niessen, Heidenhain, Löwit und Anderen scheint hervorzugehen, dass der Austritt von Kernsubstanzen in den Zellleib noch vielen anderen Zwecken, wie der Secretion, der Regeneration, oder retrograden Metamorphosen dient.

Ich habe den Vorgang der Chromatolyse, wie der Austritt färbbarer Kernsubstanzen in den Zellleib seit Flemming bezeichnet wird, bei breiten Condylomen, bei spitzen Warzen, bei Molluscum contagiosum und bei jenen Veränderungen der Epidermis angetroffen, welche im Gefolge der Application von Jodtinctur eintreten, ohne dass Pigmentbildung nachzuweisen war.

Wenn sich demnach die näheren Bedingungen der Pigmentbildung aus Kernsubstanzen auch noch unserer Kenntniss entziehen,

so kann über die Thatsache, meine ich, kein Zweifel mehr übrig bleiben.

Ich habe die aus den verschieden geformten, vielfach vacuolirten, chromatischen Klumpen hervorgegangenen und ihre Formen getreulich wiederholenden Pigmentbildungen als primäre Pigmentformen bezeichnet, zum Unterschiede von den aus der Disgregation dieser hervorgegangenen, secundären Pigmentformen, wie sie durch die kleinen zerstreuten Pigmentkörnchen in der bekannten und gewöhnlichen Vertheilung repräsentirt werden.

Da die Kernsubstanzen aber nicht nur in Form grösserer Klumpen, sondern auch in Form feinster Körnchen und höchstwahrscheinlich auch diffus in den Zellleib austreten, so ist es klar, dass die feinsten Pigmentkörnchen keineswegs immer die Phase der grösseren Pigmentkugeln hindurchgegangen sein müssen — sie können vielmehr selbst primäre Pigmentformen sein — der Beweis, dass sich Pigment aus pyrenogenen Substanzen entwickle, war aber nur mittelst der gröberen, die Form der ausgetretenen Kernsubstanzen wiederholenden primären Pigmentformen zu führen.

Bei der lückenlosen Feststellung aller Phasen der Pigmentbildung in den Oberhautzellen von Tritonlarven halte ich den Schluss auf die gleiche Entwicklungsweise des Pigmentes aus pyrenogenen Körpern auch dann für berechtigt, wenn — vielleicht infolge der Raschheit, mit welcher die Umwandlung in Pigment erfolgt — die letzteren in Form der chromatischen Kugeln nicht mehr mit jener Deutlichkeit wie bei den Tritonlarven auffindbar sind, wohl aber die primären Pigmentformen vorliegen.

Die letzteren, also tropfenförmige, homogene, glänzende oder gekörnte, insbesondere aber mit einer centralen Lücke versehene Pigmentkugeln nachzuweisen, gelingt an den Oberhautformationen verschiedenster Provenienz mit Leichtigkeit.

So habe ich sie am Haftapparate von Kaulquappen, bei welchem sich übrigens die Erscheinungen der Chromatolyse besonders schön vorfinden, angetroffen; ich habe sie in den Oberhautzellen der Froschlarven des ausgewachsenen Frosches, des Salamanders, in den Matrix- und Markzellen, der Cuticula und den Wurzelscheiden des Haares vom Menschen und einer Reihe von Thieren nachgewiesen. — Die Deutung der beschriebenen eigenthümlichen Pigmenttropfen der Ochsenconjunctiva als primäre Pigmentformen wird nun auch nicht mehr schwer fallen, umsoweniger, als sich auch an ihnen die zum Merkmale der Entwicklung gewordene centrale Lücke nachweisen lässt.

Auf Grundlage all' dieser Befunde halte ich mich zur Au stellung des ganz allgemeinen Satzes berechtigt: Das Oberhau pigment entwickelt sich aus einer Kernsubstanz; es komm autochthon zu Stande.

Nun muss ich erwähnen, dass, wenn wir von Mertschin absehen, der das Oberhautpigment als ein Degenerationsproduc des Kernes ansieht, der Modus der Pigmentbildung aus pyrenogene Körpern, wie mich das eingehende Studium der Literatur belehrt schon vor mir, zwar nicht für das Pigment der Oberhautzelle wohl aber für Pigment der Leberzellen, von Ellenberger un Stolnikoft angenommen wurde. Stolnikoff hat an den Lebe zellen von Fröschen, welche mit Phosphor vergiftet waren, eine ganz analogen Vorgang der Pigmentbildung beschrieben und be hauptet.

Ebenso hat Lukjanow die Theilnahme des Kernes an de Pigmentdegeneration in einem Falle von Pigmentsarkom als höchs wahrscheinlich angenommen.

Welche Kernsubstanzen es sind, die die Umwandlung i Pigment erfahren, diese Frage muss vorläufig als unbeantwortba bezeichnet werden. Wie mich einzelne Beobachtungen lehren un wie aus Angaben von Ellenberger, Stolnikoff und Lukjano hervorgeht, scheint auch den Kernkörperchen eine Rolle bei d Pigmentbildung zuzufallen.

Wie dem auch sei, den vorangehenden Ausführungen gemä halte ich den positiven und directen Beweis für die autochtho Entstehung des Pigmentes in den Oberhautzellen erbracht und frägt sich nur, ob wir nunmehr zu der Annahme genöthigt sin dass das Pigment der Oberhaut, wie sich Caspary ausdrück aus zwei Quellen fliesse, also einmal autochthon entstanden, das andere Mal eingeschleppt sei und dem Blutfarbstoffe seine Entstehung verdanke.

Wenn ich nun, meinen Darlegungen entsprechend, die Einschleppung des Pigmentes in die Oberhautgebilde für nicht erwiesen ansehen muss, so will ich doch nicht bestreiten, dass Pigment gelegentlich aus dem Corium in die Epidermis gelange könne. — Diesem Vorgange könnte ich aber keinen Belang für di normalmässige Pigmentirung zuerkennen. Für die Verschiedenheite in der Farbe und Zeichnung der Thiere, in der Farbe, dem Gehalt und der Vertheilung des Pigmentes in der Oberhaut und de Haaren der verschiedenen Menschenracen werden wir vielmehr a die autochthone Entstehung des Pigmentes recurriren müssen, den

unter dieser Voraussetzung werden sie unserem Verständnisse viel näher geführt, als durch die Annahme einer Einschleppung desselben.

In der Pigmentirung der Oberhautgebilde haben wir es mit einer specifischen Zellenthätigkeit zu thun und in dem Auftreten von Pigment und dem Mangel desselben einen Indicator gewisser Lebensthätigkeiten der Zelle, für welche auch die Vererbung als vielfach bestimmend angesehen werden muss.

Hiermit hätte ich mich meiner Aufgabe, der Erörterung der Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes, entledigt. Der Vollständigkeit halber kann ich mir aber nicht versagen, noch zwei Fragen flüchtig zu tangiren, die Fragen nach der Entwicklung des Pigmentes im Unterhautgewebe und nach dem Schwunde desselben überhaupt.

Für einen Theil des braunen körnigen Farbstoffes der Unterhaut, den wir namentlich unter pathologischen Verhältnissen antreffen, möchte ich ganz entschieden die gleiche Entstehungsart des Pigmentes wie in der Oberhaut annehmen.

Hierbei stütze ich mich neben der schon erwähnten Angabe von Lukjanow über die Pigmentbildung bei Sarkomen auf die Beobachtung, dass in Präparaten von Näevis und melanotischen Tumoren, welche mit Saffranin gefärbt waren, viele Pigmentgranula einen mehr oder weniger rothen Ton zeigen, eine Thatsache, welche schon Mertsching beim Oberhautpigmente constatirt hatte und welche ihn veranlasste, das Pigment mit dem Keratohyalin zu identificiren.

Wenn ich mich dieser Anschauung nun auch nicht anschliessen möchte, so halte ich die Beobachtung doch für vollkommen richtig, deute sie aber so, dass wir es in diesen röthlichen Pigmentmassen mit pyrenogenen Körpern zu thun haben, die zwar ihrer grössten Masse nach, aber noch nicht vollständig in Pigment umgewandelt sind.

Ich stütze mich ferner darauf, dass in den genannten Bildungen die primären Pigmentformen öfters sogar in Begleitung tingibler Körper angetroffen werden, und namentlich ist es die Form der Pigmentkugeln, wie wir sie an der Conjunctiva des Ochsen, im Haare u. s. w. angetroffen haben, der wir hier wieder und vielfach in der typischen Lagerung zum Kerne begegnen.

Auf die Kugelform des Pigmentes wurde schon wiederholt, wie von Langhans, Demiéville, Oppenheimer, Planner und Anderen, hingewiesen, und aus dem Umstande, dass die Pigmentkugeln öfters die Grösse rother Blutkörperchen zeigen, sogar ge-

schlossen, dass sie direct in Pigment sich umwandelnde rothe Blutkörperchen sind.

Diese Annahme wird aber hinfällig, wenn man die ausserordentlich wechselnden Grössenverhältnisse der Kugeln berücksichtigt, unter denen sich allerdings auch solche finden, welche dem Umfange rother Blutkörperchen entsprechen.

Endlich stütze ich mich bei meiner Anschauung auf die Resultate der chemischen Analysen des Pigmentes melanotischen Sarkome von **Berdez** und **Nencki**, die bekanntlich kein Eisen wohl aber den Gehalt von Schwefel ergeben haben.

Nichtsdestoweniger wird aber auch die Bildung eines braunen körnigen Farbstoffes aus dem Blutfarbstoffe nicht in Zweifel gezogen werden können. Die Eisenreaction mancher Pigmente scheint mir für diesen Entstehungsmodus, vorläufig wenigstens, noch einen unumstösslichen Beweis abzugeben.

Für die Bildung braunen, körnigen Farbstoffes in der Unterhaut — der ja nicht immer identisch sein muss — hätten wir sonach zwei Modi anzunehmen, deren Umfang zu bestimmen freilich weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben muss.

Dasselbe gilt in Anbetracht der Frage nach dem endlichen Schicksale und dem Schwunde des Pigmentes. Bis heute sind wir noch kaum über Andeutungen hinaus und können die diesbezüglichen Fragen höchstens formuliren, aber noch nicht beantworten.

Ein Theil der Autoren sieht im Pigmente etwas Unveränderliches und bezieht dessen Schwund lediglich auf den mechanischen Vorgang der Abstossung oder Resorption.

Bei den Amphibien kann man sich von der Elimination grosser Mengen des Oberhautpigmentes sammt seinen Trägern, der Oberhautzellen, mit Leichtigkeit überzeugen, doch glaube ich auch auf Grundlage von Bildern, die ich beim Salamander zu demonstriren im Stande bin, die Ansicht vertreten zu müssen, dass neben der Elimination nach Aussen auch eine Resorption nach Innen stattfinde. Bei Säugethieren und dem Menschen spielt die mechanische Abstossung sicherlich nur eine ganz untergeordnete Rolle; denn beim Weissen schwindet das Pigment schon in den unteren Lagen der Epidermis.

Demzufolge müssen wir die Resorption oder die chemische Umwandlung des Oberhautpigmentes supponiren, wenigstens jenes Theiles derselben, der noch innerhalb der lebenden, nicht verhornten Zellen liegt. In der Anschauung von **Aeby** und **Karg**, dass das Pigment ein wichtiges Nährmateriale für die Oberhaut-

zellen abgebe, ist die Annahme des Schwundes von Pigment durch chemische Umwandlung implicirt.

Vom chemischen Standpunkte aus findet im Lichte der von mir vertretenen Theorie der Bildung des Pigmentes vielleicht auch der auffällige Umstand seine Erklärung, dass nämlich bei den Amphibien die braunen Pigmentzellen des Coriums in so enger topographischer Beziehung zu den Zellen stehen, welche das sogenannte weisse oder das auffallende Licht reflectirende Pigment tragen.

Dieses letztere ist nach Ewald und Krukenberg Guanin. — Nun wissen wir, dass bei Zersetzung der Nucleïne Substanzen aus der Xanthingruppe, Xanthin, Hypoxanthin und Guanin, auftreten.

Auf diesem Wege liesse sich vielleicht eine einheitliche Auffassung der verschiedenen Pigmente gewinnen.

Ich begnüge mich mit diesen Andeutungen, die ja keinen anderen Zweck als den der Fragestellung haben können, die aber auch — wie ich meine — geeignet sind, die mögliche Fruchtbarkeit der vorgetragenen Theorie der Pigmentbildung zu demonstriren.

---

Herr Ehrmann (Wien):

## Ueber Anatomie und Physiologie des Hautpigments.

Meine Herren!

Die Frage nach der Herkunft und Physiologie des Pigments tritt uns in der Dermatologie auf Schritt und Tritt entgegen, und es erscheint deshalb besonders die Hautpathologie berufen, an der Lösung dieser Frage mitzuarbeiten. Da das Verhalten beim Menschen und bei Säugethieren für die grundlegenden Arbeiten zu complicirt ist, so habe ich vor einer längeren Reihe von Jahren als Ausgangspunkt meiner Untersuchungen die Amphibien ausgewählt. In den letzten Jahren ging Prof. Jarisch noch weiter zurück zur Untersuchung von Froschembryonen. In der daran sich knüpfenden Discussion stellte sich nun für mich die Nothwendigkeit heraus, die Entwicklung des Pigments buchstäblich ab ovo zu verfolgen. So will ich, ausgehend vom Ei der geschwänzten Amphibien und auch der Batrachier, in Kürze zunächst die Pigmententwicklung besprechen. Es gilt hier zunächst festzustellen: 1. Wo entsteht das

erste Pigment? und dann 2. Entsteht es früher oder später als d
rothen Blutzellen, und als 3. Punkt: Aus welchen Stoffen en
steht es?

Bei der Beantwortung der ersten Frage müssen wir zw
Gruppen von Amphibieneiern unterscheiden, die einen sind sch
im Ovarium pigmentirt (originär pigmentirte), und die ander
nicht (originär pigmentlos). Das Ei besteht bekanntlich aus zw
Substanzen, der eigentlichen Lebenssubstanz, dem Protoplasm
und aus der Nährsubstanz, dem Nahrungsdotter, Paraplasm
Bei den Amphibieneiern ist das Protoplasma auf dem einen P
an welchen der Embryo sich anlegt, stärker angehäuft und heis
auch der animale Pol, während das Parasplasma den anderen P
einnimmt, d. i. der vegetative Pol. Das ganze Eierstockei befindet si
in einer enganliegenden Hülle, welche mit einem Netz von Bl
gefässen umsponnen ist. Gerade der animalische Pol nun ist de
jenige, welcher bei gewissen Amphibien Pigment trägt, bis in d
Nähe des Aequators. Es stimmt also mit den von mir früher vorg
tragenen Anschauungen überein, dass zur Bildung des Pigmer
zweierlei nothwendig ist, nämlich Anwesenheit von Blutfarbst
und Protoplasma zu dessen Verarbeitung. Dieses Pigment geht
die Bildung des Embryo ein — ich bezeichne es als das originä
Pigment.

Dem gegenüber stehen Thiere, bei welchen der Embryo si
aus nicht pigmentirten Eiern entwickelt, bei denen alles Pigm
sich erst nachträglich bildet, und dieses neugebildete Pigm
bezeichne ich als das embryogene. Pigmentirte Eier haben nahe
alle Batrachier, die mexikanischen Axolotl (Siredon pisciform
schwachpigmentirte Eier unter Anderen der Triton taeniatu
Ganz pigmentlose Eier haben Triton cristatus, Salamandra maculos
und Salamandra atra. Sie sehen hier ein Beispiel abgebildet vo
einem originär pigmentirten Ei. Im Wasser richtet sich das pi
mentirte animalische Ende immer nach oben, weil das vegetati
specifisch schwerer ist. Wenn nun das Ei in die Furchung ei
geht, so bilden sich oben kleinere Furchungskugeln, die mehr Prot
plasma enthalten, währenddem unten grosse Segmente sich bild
welche mehr Dotter enthalten und von Pigment frei sind. Das
das Stadium der Morula. Es weichen nun die Zellen, die Furchun
kugeln aus einander, nach der Peripherie, es entsteht eine Kei
höhle, das Stadium der Blastula, bei welcher ebenfalls nur
oberen, noch kleineren Zellen pigmentirt sind. In der nun e
standenen Keimhöhle findet an einer bestimmten Stelle eine E

stülpung der Furchungszellen statt, an einer Stelle, die man als Urmund bezeichnet, welche an der Grenze des animalen und vegetativen Poles sich findet. Es wachsen nun in die Einstülpung neben pigmentlosen Zellen des vegetativen Poles auch pigmentirte Zellen des animalen, und auf diese Weise entsteht das innere Keimblatt mit einer von pigmentirten Zellen ausgekleideten Höhle: Urdarmhöhle. Es entsteht die Gastrula.

Bei pigmentlosen Eiern, z. B. von Triton cristatus, von dem ich das Ei hier abgebildet habe, ist weder im Ei, noch in der Morula, noch in der Blastula, noch auch in der Gastrula eine Spur von Pigment enthalten.

Es wäre nun methodisch richtig, bei Untersuchung der Pigmentbildung nur solches Material zu verwerthen, dessen Eier von vorne herein pigmentlos sind, da man ja bei den Thieren, welche aus originär pigmentirten Eiern sich entwickeln, nur schwer bestimmen kann, welches Pigment schon im mütterlichen Ovarium gebildet wurde und welches später entsteht.

Meine Untersuchungen haben mich aber gelehrt, dass auch die Beobachtung des Entwicklungsganges von pigmentirten Eiern sich sehr lehrreich gestaltet.

Bei der Bildung der Gastrula sehen wir, dass eine Einstülpung zum Theile pigmentirter, zum Theile pigmentloser Zellen in die Urdarmhöhle stattfindet, zugleich umwachsen aber die kleinen pigmentirten Zellen des animalen Poles, indem sie sich theilen und nach abwärts schieben, allmälich das ganze Ei, wodurch die früher pigmentlose untere Hälfte jetzt pigmentirt wird. Die Intensität der Färbung aber nimmt in toto ab; das ist leicht begreiflich, weil das Pigment, welches früher im ungetheilten Ei am animalen Pole in dichter Schichte sich vorfand, bei der Zellenbildung die dicke Lagerung verliert, denn es zeigt jedes einzelne Furchungssegment nur an seiner Oberfläche Pigment, das Centrum des Zellleibes ist pigmentfrei. Dadurch entstehen in der früher dichten Pigmentschichte pigmentlose Inseln und ferner wird durch die weitere Theilung das Pigment immer weiter und weiter geschoben, bis es schliesslich das ganze Ei überwachsen hat. Die pigmentirten Zellen wachsen nun auch in die Urdarmhöhle; dadurch erklärt es sich, dass bei Frosch- und Axolotl-Embryonen und Larven der Darm lange Zeit pigmentirt ist.

Alle diese Verhältnisse waren älteren Embryologen schon genügend bekannt, sie wurden nur für unsere Frage nicht genügend verwerthet.

In allen diesen Stadien handelt es sich nicht um eine Vermehrung des Pigments, sondern um eine Verschiebung desselben.

Ich habe vorhin erwähnt, dass eine ganze Reihe von Amphibien aus pigmentlosen Eiern sich entwickelt; diese sind im Stadium der Morula, der Blastula und auch der Gastrula ganz und gar pigmentlos, und doch wissen wir, dass diese Thiere, z. B. Triton, Salamandra macul. und atra, wenn erwachsen, Pigment genug enthalten.

Wann entsteht bei ihnen das Pigment? Das Pigment entsteht erst, wenn aus der Gastrula der Embryo sich bildet, wenn nämlich die Medullarwülste sich gebildet und auch geschlossen haben, wenn die Anlage des Nervensystems bereits fertig ist. Die ersten Pigmentzellen entstehen in Form kleiner, meist spindelförmiger, zum Theile unregelmässig eckiger Zellen des mittleren Keimblattes in der Nähe des Nervensystems; es lässt sich dies sowohl beim Triton cristatus als bei Salamandra macul. nachweisen, und zwar in einer Zeit, in welcher beim mittleren Keimblatt bereits Blutkörperchen sich differenzirt haben.

Ueber die Bildung des mittleren Keimblattes herrschen bekanntlich eine Reihe von Theorien. Die ältere von Schenk lässt das mittlere Keimblatt durch Hineinwachsen von Zellen zwischen das innere und äussere Keimblatt vom Urmund (dem Rusconischen After) entstehen. Eine neuere Theorie von Hertwig durch Einstülpung von Seite des Urdarmes, die aber auch in der Gegend des Urmundes sich bildet, u. s. f. Auf jeden Fall aber sieht man, dass das Einstülpen und das Einwachsen von der Gegend des Urmundes geschieht.

Bei den originär nicht pigmentirten Eiern (Triton) entsteht das mittlere Keimblatt pigmentlos, bei den originären Pigments aber sieht man, wie man von Seite des originär pigmentirten Urmundes nach beiden Seiten hin Züge von pigmentirten Zellen in das mittlere Keimblatt hineinziehen. Beides sehen Sie an den Abbildungen und Präparaten. Auch dieses Pigment ist mithin kein neugebildetes, sondern ein originäres.

Dasselbe gilt von dem originären Pigment in den Medullarfalten. Nachdem nämlich durch Ueberwachsen der Zellen des animalen Poles von Seite der pigmentirten Zellen das ganze Ei pigmentirt ist, zeigt sich an einer Stelle, welche der späteren Medullarplatte entspricht, von neuem ein heller, nach der einen Seite (der des Urmundes) zugespitzt endigender, nach der anderen Seite (Kopfseite) abgerundeter Fleck, der allmählich grösser wird und um welchen sich ein dunkel

pigmentirter Saum bildet, welcher den späteren Medullarwülsten entspricht. Dass bei der Bildung der Medullarwülste das Pigment sich von oben nach abwärts verschiebt, hat bereits Rout früher beschrieben, Winkler hat diese Anhäufung des Pigmentes in den Medullarwülsten für eine Pigmentvermehrung durch Pigmentneubildung erklärt, was aber, wie man sieht, nicht zutrifft, weil das Pigment von anderen hellgewordenen Stellen nach den Medullarwülsten hin verschoben wurde.

Man findet in diesem Stadium, wo die Medullarwülste sich noch nicht zum Medullarrohr geschlossen haben oder wo sie im Begriffe sind, sich zu schliessen, oder selbst kurz nachher, bei den originär nichtpigmentirten Embryonen noch keine Spur von Pigment, weder im äusseren Keimblatt, noch im mittleren, noch im inneren, noch in der bereits angelegten Chorda dorsalis, noch in der bereits aus dem mittleren Keimblatte differenzirten Anlage der Urwirbel. Bei originär pigmentirten Individuen aber findet man Pigment in allen diesen Stellen schon, und trotzdem wird, makroskopisch betrachtet, der Embryo immer heller; das kommt daher, dass das früher im äusseren Keimblatte in dicker Schichte angesammelte Pigment sich allmählich durch Verschiebung auf grössere Flächen vertheilt.

Nachdem das Nervensystem geschlossen ist, beginnt die Differenzirung der Blutkörperchen, die bei originär pigmentlosen Embryonen pigmentlos sind, weil sie sich aus dem noch nicht pigmentirten mittleren Keimblatte differenziren, während sie bei den originär pigmentirten Individuen zunächst pigmentirt entstehen, weil sie aus den Zellen des originär pigmentirten mittleren Keimblattes entstanden sind.

Mit der Bildung der rothen Blutkörper beginnt aber die Bildung des embryogenen, wirklich erst neugebildeten Pigmentes. Es bilden sich sowohl bei den originär pigmentirten als originär pigmentlosen Embryonen in der Umgebung des geschlossenen Nervensystems aus dem mittleren Keimblatte, unmittelbar unter dem äusseren Keimblatte, wie bereits früher erwänt, Zellen, welche mit den übrigen Bindegewebszellen nicht ganz übereinstimmen und die ich als chromoblastische Zellen bezeichnen möchte; sie sind mit den späteren Chromatoforen identisch, die später netzförmig zusammenhängen.

Das embryogene Pigment entsteht in ihnen theils am Rand, theils zwischen den Dotterblättchen, die sie einschliessen. Zu gleicher Zeit sieht man bei den originär pigmentirten Individuen das originäre

Pigmentallmählich schwinden, die Embryonen werden noch heller, um später durch das embryogene neugebildete Pigment wieder dunkler zu werden, während die originär pigmentlosen Embryonen von da an erst eine Pigmentirung zeigen, indem zuerst an der Dorsalseite pigmentirte Streifen entstehen, welche nach abwärts zu immer weiter sich ausbreiten.

Allmählich entstehen auch an anderen Stellen des mittleren Keimblattes chromoblastische Zellen, so besonders in den serösen Häuten; aber erst lange nachdem im mittleren Keimblatte das Pigment sich gebildet hat, erst lange nachher erhält die Epidermis Pigment. Ich muss demnach erklären, dass auch die embryologische Untersuchung gelehrt hat, dass das Pigment in den Elementen des mittleren Keimblattes entsteht und erst nachher pigmentiren sich die des äusseren.

Die Anschauung, als ob das Pigment zuerst in den Elementen des inneren Keimblattes und dann des mittleren entstanden, wie sie namentlich von Kodis verfochten wurde, beruht auf einer Verwechslung des originären und embryogenen Pigmentes.

Es tritt nun an uns die Frage heran, aus welchem Stoffe entsteht das dunkelbraune Hautpigment? Im Allgemeinen stehen einander zwei Anschauungen entgegen. Die eine, unter anderen auch von mir vertretene, behauptet, der schwarzbraune Farbstoff der Haut wird aus dem Hämoglobin gebildet, aber nur aus jenem Hämoglobin, welches im Protoplasma aufgenommen wurde, und ich muss heute die Ansicht dahin ergänzen, dass nur gewisse Protoplasmen im Stande sind, aus dem Farbstoffe Pigment zu bilden. Die zweite, schon vor längerer Zeit aufgestellte, von wissenschaftlichen Argumenten aber erst von Prof. Jarisch gestützte Hypothese sagt aus, der Hautfarbstoff werde aus corpusculären Elementen des Protoplasma ohne Hinzutritt von Blutfarbstoff gebildet. Dass Blut, in Protoplasmen aufgenommen, Pigment bildet, ist seit langem experimentell erwiesen durch Erzeugung von Blutungen. Ich verweise auf schon publicirte Arbeiten von Quinke u. a. m. Viel wichtiger für unsere Frage erscheint mir aber die Thatsache der Pigmentbildung bei Malaria, wo man direct sieht, dass die Amöbe das Blutkörperchen auslaugt, dass das Blutkörperchen immer blässer und blässer wird, indem es den Blutfarbstoff an die Amöbe abgibt, dass in demselben Masse in der Amöbe selbst sich Pigment bildet. Ich will nun in Kurzem die

Argumente erörtern, welche gegen die Bildung des Pigmentes aus Hämoglobin ins Feld geführt wurden. Was zunächst die Thatsache, die Jarisch und Kodis ins Feld führten, betrifft, dass das Pigment zuerst im äusseren Keimblatte sich bildet, so habe ich bereits nachgewiesen, dass dies auf einer Verwechslung beruht, dass dieses Pigment nicht vom Embryo herstammt, sondern aus dem Mutterleibe herrührt, und dass das neue Pigment im mittleren Keimblatte und erst dann sich bildet, wenn die ersten Blutkörperchen schon längst gebildet sind.

Dann wurde die Arbeit von Mertsching ins Treffen geführt, welche beweisen sollte, dass dass Pigment mit dem Keratohyalin in Bezug auf seine Entstehung zusammenhängt. Ich habe bereits in einem der letzten Hefte des »Archiv f. Derm.« gezeigt, dass Mertsching nur auf eine ganz zufällige physikalische Erscheinung hin diese Behauptung aufgestellt hat, dass die Begründung derselben nur auf vollständiger Unkenntnis der elementarsten physikalisch-optischen Thatsachen beruht. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Originalarbeit (»Archiv f. Derm. u. Syph.« 1892).

Ein weiterer Einwand bezieht sich auf gewisse Bildungen, die Jarisch als originäres Pigment bezeichnet, und auf das Vorhandensein oder das Fehlen der von mir so genannten Pigment-Ueberträger, d. h. von Zellen, denen ich noch vor Aeby die Function des Fortschleppens des Pigments in die Epidermis zuerkannte.

Ich will zuerst das Letztere besprechen. Jarisch fand, dass bei Mäusen und Katzen die Papillen der Tasthaare kein Pigment enthalten, dass aber die verzweigten Pigmentträger in der Haarmatrix vorhanden sind. Vor Allem muss man sich fragen, ob dieser Thatsache eine Beweiskraft dafür innewohnt, dass das Pigment nicht aus dem Blutfarbstoff gebildet wird, resp. dafür, dass Pigment hauptsächlich nicht in Elementen des Mesoderms gebildet wird. Da Riehl, Kölliker und ich bei Menschen und Thieren regelmässig in der Papille Pigment gefunden, und zwar in Zellen, so war es doch denkbar, dass Pigment in der Papille die Regel und pigmentlose Papillen, wie Jarisch gefunden, die Ausnahme bilden, die eben durch andere Thatsachen zu erklären ist. Ehe ich dies thue, muss ich noch Einiges über den Gegenstand bemerken.

Ueberall, wo eine Pigmentation der Epidermis oder des Epithels stattfindet, findet man an der Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel verzweigte, höchstwahrscheinlich amöboïde Gebilde in einer Anordnung, die darauf schliessen lässt, dass sie das Pigment in die Epidermis hineintragen. Man findet sie bei Thieren

und bei Menschen. Bei Negern ist ihre Function von Karg experimentell nachgewiesen worden und die Deutung, sowie die von Karg gefundenen Thatsachen sind auch bis heute noch nicht widerlegt. Ueber ihre Zellennatur kann absolut kein Zweifel herrschen, denn ich habe sie an Schnitten von in chromsaurem Kali gehärteten Präparaten durch Zerzupfen sammt ihren langen Ausläufern sehr schön isolirt. Sie finden sich auch an der Conjunctiva des Ochsen und bei den Amphibien. In der Conjunctiva des Ochsen kann man ihre Ausläufer so wie bei der Neger-Epidermis sehr oft durch die ganze Dicke des Epithels bis an das Stratum granulosum verfolgen. Ich habe ursprünglich geglaubt, annehmen zu müssen, dass dieselben autochthone Bildungen der Epidermis sind und mit der Chromatoforen der Cutis in keinem genetischen Zusammenhange stehen. Ob einzelne derselben vielleicht, wie Jarisch annimmt, aus Zellen der Epidermis entstehen, weiss ich nicht zu sagen.

Keinesfalls können sie sammt und sonders in der Weise entstehen, dass durch Vacuolen ein Zellkörper gewissermassen ausgenagt wird und dadurch die Ausläufer sich bilden. Denn dann müsste man annehmen, dass es an gewissen Orten Zellen gibt, wie z. B. an der Negerhaut und an der Conjunctiva des Ochsen, welche nahezu die ganze Dicke der Epidermis einnehmen, damit man sich das Entstehen solcher Ausläufer erklären könne, die aus der Basalschichte bis unter die Hornschichte hinaufreichen; oder man müsste annehmen, dass sie ihre Ausläufer, nachdem sie entstanden sind, amöbenförmig aussenden, eine Annahme, die aber gerade dafür spräche, dass sie das Pigment weiter befördern.

Wenn man die Entwicklung der Chromatoforen der Cutis bei Amphibien studirt, so findet man, dass von den im mittleren Keimblatte entstandenen Chromatoforen Fortsätze in die Epidermis hineinwachsen, und dann erst verzweigte Zellkörper in der Epidermis auftreten; es ist also viel wahrscheinlicher, dass auf dem Wege dieser Ausläufer sich die verzweigten Zellen der Epidermis bilden, sich dann aber so umbilden, dass sie ein selbstständiges Zelldasein führen und einige anatomische Unterschiede gegenüber der Chromatoforen der Cutis annehmen, in der Epidermis gewissermassen das Bürgerrecht erwerben. Etwas Aehnliches lässt sich für die Schnauze der Maus nachweisen. Wenn man Schnitte durch dieses Organ untersucht, so findet man an jenen Stellen, wo die Tasthaare schwarz sind, das horizontale Blutgefässnetz der Haut umsponnen von verzweigten, pigmentführenden Zellen, die den Chromatoformen der Amphibien-Cutis entsprechen und die ich des-

alb als chromablastische ansprechen muss. An jenen Stellen, ro die Tasthaare weiss sind, fehlt das Netz der chromoblastischen ellen in der Cutis. Da nun die weissen Tasthaare keine Pigment-Jeberträger in der Matrix aufweisen, die schwarzen aber ein schön usgebildetes Netz derselben besitzen, so liegt es nahe, einen geneischen Zusammenhang zwischen den Pigmentzellen der Cutis und des dazu gehörigen Haares zu vermuthen. Und dies umso mehr, als, wie bereits durch die Untersuchungen von Schöbl festgestellt wurde, ein jedes Tasthaar von einem Geflechte von Blutgefässen umgeben ist, welches man füglich als ein cavernöses bezeichnen kann. Gerade dieses Netz ist von pigmentführenden Zellen eingesponnen, nur reichen dieselben nicht bis an die Haarzwiebel. Der Grund hievon ist in der Entwicklung des Tasthaares zu suchen, indem dasselbe beim Wachsthum in die Tiefe das Netz der chromoblastischen Zellen durchbricht, dabei aber die in die Matrix hineingewachsenen Zellen mitnimmt. Es sind nämlich die chromoblastischen Zellen in der Schnauze der Maus um das horizontale Blutgefässnetz der Haut angeordnet, während die Papille eines ausgewachsenen Haares tief unter das Niveau dieses Netzes zu liegen kommt. Auf diese Weise erklärt es sich, warum in der Haarmatrix Chromatoforen sich befinden, während in der Papille keine pigmentführenden Zellen zu finden sind.

Auch den Einwurf, der mir gemacht wurde, dass bei der Froschhaut die von mir als Stufen des Pigment-Aufstieges gedeuteten Bilder nicht dem Aufsteigen des Pigmentes entsprechen können, weil sie zu spärlich seien, habe ich widerlegt, indem ich zeigte, dass die Ursache, warum Meyerson dieselbe so spärlich fand, darin liegt, dass dieselben bei einem Individuum sehr zahlreich sind, bei dem anderen spärlicher; das sind aber nicht individuelle Unterschiede, denn ich habe auch gezeigt, dass bei einem und demselben Individuum sie im Laufe der Zeit bald spärlich, bald reichlich werden.

Was die Mechanik des Pigment-Aufstieges betrifft, so habe ich beim Farbenwechsel des Frosches durch Untersuchungen des bunten Häutchens unter dem Panzer des Flusskrebses gefunden, dass das Pigment von Pigmentzelle zu Pigmentzelle wandern kann, besonders aber beim Farbenwechsel des Frosches das Uebertreten des Pigmentes von einer Zelle zur anderen und von der Tiefe gegen die Epidermis constatirt, betreffs welcher Thatsachen Biedermann in Jena im Wesentlichen zu denselben Resultaten kam. Mertsching bemerkte in seiner Arbeit, ich hätte gesehen, dass das

Pigment von Epidermiszelle zu Epidermiszelle wandere, bezüglich dessen der Beobachtungsmodus nicht ganz klar sei. Ich erwiderte nun darauf, dass ich wörtlich angegeben, nur das Wandern von Bindegewebszelle zu Bindegewebszelle beobachtet zu haben, und aus den Ausläufern, welche die Bindegewebszelle mit den Basalzellen bei Salamandra verbinden, geschlossen habe, dass auf diesen Brücken das Pigment von den Bindegewebszellen in die Epidermiszellen wandere.

Bezüglich der sonstigen Beobachtungsmodi verweise ich auf meine Arbeit: »Beiträge zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien«. (»Archiv für Derm. u. Syph.« 1862.)

Ich will mich nun noch über die kugeligen Gebilde aussprechen, welche Prof. Jarisch als primäres Pigment bezeichnet. Es sind dies kugelige Gebilde von verschiedener Grösse, die sich durch Carmin, auch mit Safranin leuchtend roth färben und die neben dem Kerne, manchmal auch in Einbuchtungen des Kernes liegen und welche dieselbe Färbung annehmen, wie das Chromatin des Kernes. Sie werden von Flemming als tingirte Körper, von Lövit als pyrogene Körper bezeichnet. Ich will die Möglichkeit nicht bestreiten, dass sie ausgestossene Theile des Kernes sind, aber einen Zusammenhang mit der Pigmentbildung kann ich bei ihnen nicht finden. Sie finden sich nicht bloss in Zellen, sondern auch ausserhalb derselben, besonders reichlich in den Blutkörperchen der ersten Gefässanlage, sie finden sich auch reichlich in der Linse, die nie Pigment enthalt, und was das Wichtigste ist, sie sind zur Zeit, wo die Pigmentbildung, z. B. bei Salamandra, recht beginnt, nahezu ganz geschwunden. Sie können pigmentirt erscheinen, indem sich mechanisch an sie Pigment anlegt. Ausserdem findet man in der Epidermis der Triton-Larven zu Kugeln zusammengeballte rundliche Zellen, durch die oft der Kern deutlich durchscheint, die aber schon dadurch, dass sie hie und da noch durch einen Faden mit den Pigmentzellen der Cutis zusammenhängen, sich als zellige Gebilde erweisen.

In den Pigmentkugeln der Ochsen-Conjunctiva kann ich keinerlei Analogie mit den pyrogenen Körpern finden, als eben die geometrische Form der Kugel, welche tropfbar-flüssige Körper annehmen. Untersucht man nämlich den Rand gewisser Flecke an der Conjunctiva bulbi des Ochsen oder noch besser an der inneren Lamelle der Plica semilunaris, so findet man, dass 1. einzelne Fortsätze oder auch ganze verzweigte Pigmentzellen in der Basalschichte des

Epithels nicht eigentliche Pigmentkörner enthalten, sondern es scheint, als ob der ganze Fortsatz oder die ganze Zelle aus einem Pigmentgusse bestünde, aus dem manchmal nur der Kern hervorleuchtet. Innerhalb des ganzen Contours läuft ein Reflexband, wie bei einer erstarrten homogenen Injectionsmasse. Es lässt sich das nicht anders deuten, als dass in der Zelle sich Pigment in gelöstem Zustande befindet. 2. An einzelnen Stellen bestehen die Ausläufer aus rosenkranzförmig an einander gereihten, tropfenförmigen Kugeln, die ganz dieselbe Beschaffenheit haben, glänzend, mit einem Reflexrand, die oft noch mit einem Pigmentfaden zusammenhängen.

Auch diese Erscheinung lässt sich nicht anders deuten, als dass ein gelöster Körper sich in Tropfen zusammengeballt hat und erstarrt ist. Es sprechen noch andere Momente dafür, dass das Pigment in einer tropfbar-flüssigen, eiweissartigen Substanz gelöst sein kann, die zu Tropfen zusammenfliesst. Ich fand in dem Präputium eines Negers, sowie auch in syphilitischen Papeln, in den Zellen der Cutis Kugeln von gelblich-grünem Pigment finden, welche unter Umständen Methylenblau aufnehmen und dann smaragdgrün werden. Das kann man optisch nur so deuten, dass zu der gelblichen Farbe der Pigmentkugel sich noch die blaue Farbe einer färbbaren Substanz hinzugesellt hat, in welcher das Pigment diffus enthalten ist.

Die färbbaren Kugeln, welche man in der veränderten Epidermis des breiten Condyloms findet, haben aber mit den Pigmentkugeln nichts gemein. Ich habe sie bereits vor Jahren gesehen und glaubte im ersten Moment etwas gefunden zu haben, was eventuell mit dem syphilitischen Virus in Verbindung steht. Spätere Untersuchungen belehrten mich aber über eine andere Provenienz dieser Gebilde.

Ich habe bereits in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft über die Veränderungen gesprochen, welche die vergrösserten Epidermiszellen des breiten Condyloms eingehen, ehe sie nekrobiotisch zerfallen; es zeigt sich besonders bei der Färbung mittelst des Weigert'schen Verfahrens, dass die untere Hälfte der Zellen sich mit basischen Anilinfarbstoffen dunkel färbt, während die obere Hälfte ungefärbt bleibt; dabei zeigt es sich, dass die Stachelfortsätze der Zellen, die sich ebenfalls färben, sich zu stalaktitenförmigen Gebilden verdicken und zurückziehen, dass sie keulenförmig werden und die Verdickungen sich zu Kugeln abschnüren und in den interspinalen Räumen liegen bleiben, so dass die einzelnen Zellen von einem Kranze solcher tingirter Körper umgeben

sind. Mit den grossen, verzweigten, Pigment befördernden Zellen, die man beim breiten Codylom findet, hat dies nichts zu thun. Dieselben sind weiter unten zwischen der Basalschichte und der Corium-Epidermisgrenze, haben einen gut ausgebildeten, begrenzten Protoplasmaleib mit einem Kern und kleinen Pigmentkörnchen.

Zum Schlusse möchte ich mir noch die Bemerkung erlauben, dass der Erste, der den Gedanken einer Einwanderung amöboïder, pigmentirter Zellen in die Epidermis von Coenrad Kerbert bereits im Jahre 1878 bei Gelegenheit der Besprechung von Nattern-Embryonen aussprach.

Ich muss bemerken, dass die Pigmentirung von Nattern-Embryonen erst spät auftritt, wenn das Blutgefäss-System bereits gut entwickelt ist, und dass das erste Pigment in verzweigten Zellen allerdings in der Epidermis auftritt, aber nicht in Epidermiszellen, sondern in verzweigten Zellen.

Wenn ich demnach meine Untersuchung in Thesen zusammenfassen soll, so ergibt sich Folgendes:

I. Das embryogene Pigment erscheint sowohl bei originär pigmentirten wie originär pigmentlosen Amphibien erst nach Bildung von Blutzellen, und zwar in Gebilden des Mesoderms.

II. Das Pigment wird aus Blutfarbstoff, und zwar nur in Protoplasmen und nur in gewissen Protoplasmen gebildet.

III. Das Pigment erscheint oft in einer flüssigen, erstarrenden Masse, die mitunter zu Tropfen zusammenfliesst, gelöst.

IV. Der directe Uebergang vom kernigen Zellbestandtheile in Pigment (metabolische Bildung) ist unbewiesen.

V. Die Bildung des Pigments erfolgt in Elementen, die ursprünglich dem Mesoderm angehören; die Fortschaffung des Pigments aus der Cutis in die Epidermis erfolgt durch activ bewegliche Zellen (amöboïde Zellen).

Herr Ludwig (Wien):

## Ueber den Nachweis des Quecksilbers und über die Localisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.

Ich bin dem Präsidium des Congresses zu Dank verpflichtet dafür, dass es mir Gelegenheit gegeben hat, vor Ihnen, die Sie sich ja für die Vertheilung des Quecksilbers im Organismus, sowie für die Methoden, welche zum Nachweise und zur quantitativen Bestimmung dieses Metalles verwendet werden, interessiren, über die von mir ausgearbeiteten Methoden, sowie über die mit denselben gewonnenen Untersuchungs-Ergebnisse zu sprechen.

Ich habe, wie wohl vielen von Ihnen bekannt sein dürfte, zunächst zum Nachweise des Quecksilbers im Harne vorgeschlagen, aus dem mit Salzsäure angesäuerten Harn das Quecksilber mittelst fein vertheilten metallischen Zinks, sogenannten Zinkstaubes, niederzuschlagen und dann aus dem Zinkstaube durch einen Destillations-Process abzuscheiden, um es entweder direct an seiner charakteristischen Tropfenform oder nach Ueberführung in das rothe Quecksilberjodid erkennen zu können.

Der Zinkstaub hat sich mir nach einer reichen Erfahrung und Vergleichung mit anderen für diesen Zweck vorgeschlagenen Substanzen noch immer am zweckmässigsten für die Abscheidung, insbesondere kleiner Quecksilbermengen erwiesen; derselbe ist leicht im Handel in genügend reinem Zustande (vor Allem quecksilberfrei) zu erhalten und scheidet leicht und sicher das Quecksilber vollständig ab, wenn richtig verfahren wird. Ich habe deshalb bis auf den heutigen Tag den Zinkstaub zur Abscheidung des Quecksilbers aus Harn, sowie aus Blut, Organen u. s. w. beibehalten.

Der qualitative Nachweis des Quecksilbers im Harn wird in meinem Laboratorium wie folgt ausgeführt: Ungefähr 500 ccm Harn [1]) werden mit 2 ccm 20 % Salzsäure versetzt, auf etwa 60° C. erwärmt, worauf man 5 g Zinkstaub einträgt und während zwei bis drei Minuten kräftig umrührt, um die Zinktheilchen mit der

---

[1]) Selbstverständlich kann man auch weniger oder mehr Harn mit der entsprechenden Menge Salzsäure verwenden. Wenn man nur äusserst geringe Spuren von Quecksilber vermuthet, so ist es räthlich, eine grössere Quantität Harn, etwa 1 Liter, für die Untersuchung zu nehmen.

Flüssigkeit an allen Stellen in innige Berührung zu bringen. D bei erfolgt sofort die Abscheidung des metallischen Quecksilbe welches sich mit dem Zink amalgamirt und, sobald die Flüssigk ruhig hingestellt ist, am Boden des Gefässes abscheidet. Die kla Flüssigkeit wird abgegossen und der nunmehr alles Quecksilb des Harns enthaltende Zinkstaub auf einem Trichter über eine Glaswoll-Bäuschchen gesammelt und daselbst mit Wasser, da mit sehr verdünnter Natronlauge und zuletzt wieder mit Wass gewaschen; darauf verdrängt man das Wasser durch Alkohol u trocknet den Zinkstaub zuerst an der Luft bei gewöhnlicher Te peratur, zuletzt durch gelindes Erwärmen auf etwa 50° C.

Der Zinkstaub wird nun zur Abscheidung des Quecksilb in eine an einem Ende zugeschmolzene Röhre gebracht, vor de selben wird eine Schichte Kupferoxyd und gebrannter Kalk e gefüllt, darauf wird das offene Ende des Rohres zu einer Capilla ausgezogen und sodann wird erhitzt. Die aus dem Zinkstaub sic entwickelnden Dämpfe gehen über das erhitzte Kupferoxyd un den Kalk; alles Organische wird verbrannt, Ammoniaksalze werde zersetzt und reines Quecksilber condensirt sich in der Capillare, w es an der Tropfenform oder nach Ueberführen in das rothe Jodi erkannt wird.

Soll das Quecksilber quantitativ bestimmt werden, dann wir der Zinkstaub in einer Röhre erhitzt, welche an einem Ende eine U förmigen Ansatz zur Aufnahme des Quecksilbers trägt; diese Ansatz wird nach Beendigung der Operation, während welcher ma durch die Röhre einen langsamen Luftstrom leitet, abgespreng mit dem Quecksilber gewogen und nach Entfernung des Quecksilbe wieder gewogen.[1]

Handelt es sich um den Nachweis oder die quantitative B stimmung des Quecksilbers in Blut oder Organen, so muss vo Allem die Zerstörung der organischen Substanzen (wesentlich Protei stoffe) vorgenommen werden. Leitet man dieselbe, wie allgeme üblich, durch eine Behandlung mit Salzsäure und chlorsaure Kalium ein, so entsteht eine grosse Menge unlöslicher Verbindunge aus denen, wie zahlreiche Versuche gelehrt haben, das Quecksilbe durch Auswaschen nicht vollständig zu entfernen ist. Daher hab ich die Zerstörung der organischen Substanz durch anhaltende

[1] Ausführlich ist die Methode beschrieben in den »Wiener medicir Jahrbüchern«, Jahrgang 1877 und 1880, ferner »Wiener klinische Wochei schrift« 1889 und 1890.

Kochen mit Salzsäure vorgeschlagen, wobei ausser dem Fett fast Alles in Lösung geht. Etwa gebildete Spuren von Schwefelquecksilber werden durch nachträglichen Zusatz von chlorsaurem Kalium in Lösung gebracht. Die weitere Behandlung der so gewonnenen Flüssigkeit ist die bereits geschilderte.

Es sind nach diesen kurz beschriebenen Methoden im Laufe der Jahre in meinem Laboratorium sehr viele Untersuchungen ausgeführt worden und die Methoden haben sich dabei jederzeit und vollständig bewährt.

Bei den Untersuchungen über die Vertheilung des Quecksilbers im Organismus, welche ich mit weil. Dr. Ed. Zillner ausgeführt habe, wurden wesentlich Vergiftungen mit Aetzsublimat herangezogen; einerseits wurden die Leichentheile von Individuen, welche sich mit Sublimat vergiftet hatten, untersucht, andererseits lieferte uns auch das Thierexperiment das gewünschte Materiale.

Folgende Resultate wurden bei diesen Untersuchungen gewonnen:

1. Die Vertheilung des Quecksilbers nach acuter Aetzsublimat-Vergiftung (per os) erfolgt im Organismus des Menschen und des Hundes in gleicher Weise.

2. Der Quecksilbergehalt des Dickdarmes ist bei solchen Vergiftungen in der Regel grösser, als der des Dünndarmes. Ausgenommen sind jene Fälle, in denen der Tod sehr bald nach Einverleibung des Giftes erfolgt; dann wird im Magen und im Dünndarm viel, im Dickdarm dagegen wenig Quecksilber gefunden. Der grosse Quecksilbergehalt des Dickdarmes bei langsam verlaufenden Sublimatvergiftungen dürfte wohl mit den oft beschriebenen anatomischen Veränderungen im Dickdarme zusammenhängen.

3. Der Quecksilbergehalt der Leber ist relativ gross, noch grösser ist der der Niere, etwas geringer jener der Milz.

4. Die Galle enthält nur wenig Quecksilber.

5. Die Schilddrüse enthält eine nennenswerthe Quecksilbermenge, immerhin aber weniger als Niere, Leber und Milz. In einem Falle wurden auch die Speicheldrüsen untersucht, sie waren frei von Quecksilber.

6. Die Lunge enthält nur wenig Quecksilber.

7. Im Gehirn findet sich nur sehr wenig Quecksilber, meist nur in Spuren, die sich quantitativ nicht bestimmen lassen.

8. Im Knochen wurden in der Regel nur Spuren von Quecksilber gefunden, ja in einzelnen Fällen war der Knochen quecksilberfrei.

9. Der Quecksilbergehalt des Muskels wurde immer weit geringer gefunden als jener der Leber.

10. Leber und Niere halten das in den Organismus eingeführte Quecksilber lange zurück.

11. Nach intrauterinen Sublimat-Irrigationen, nach Einverleibung von schwefelsaurem Quecksilber per os, sowie nach subcutaner Application von »grauem Oel« werden bezüglich der Vertheilung des Quecksilbers Verhältnisse gefunden, welche den eben geschilderten sehr ähnlich sind.

---

Herr Carl Ullmann (Wien):

**Ueber Localisation des Quecksilbers im thierischen Organismus nach verschiedenartigen Anwendungsweisen von Quecksilberpräparaten.**

Bei der resumirenden Berichterstattung über die Resultate einer grösseren Reihe von Thierversuchen, die ich über Anregung Herrn Prof. Lang's während des Jahres 1891 im hiesigen pathologischen Institute zur Durchführung gebracht habe, Untersuchungen, welche ebenfalls den Zweck hatten, die Localisation von in den Thierleib eingebrachten Quecksilberpräparaten in den einzelnen Organen zu studiren, werde ich bestrebt sein, mich recht kurz zu fassen. Ich kann dies umso eher, als ich in Allem, was sich auf die von mir in Anwendung gebrachte Methode des chemischen Nachweises und deren Ausführung erstreckt, auf die eben gehörten Ausführungen meines verehrten Herrn Vorredners, Herrn Hofrathes Prof. Ludwig, mich zu beziehen in der angenehmen Lage bin.

Nachdem den ursprünglichen Versuchen Ludwig's lediglich toxische Dosen innerlich angewendeter ätzender Quecksilberpräparate zu Grunde liegen, denselben demnach eine vorwiegend forensische Bedeutung innewohnt, dehnte ich meine Versuche auch auf andere Methoden der Quecksilbereinverleibung, subcutane Injectionen löslicher wie schwerlöslicher Quecksilberpräparate (Sublimat, Asparaginquecksilber, graues Oel, Hydrarg. oxydat. rubrum), innerliche Anwendung von nicht ätzendem Calomel, endlich intravenöse Injection von Eiweiss nicht fällendem Asparaginquecksilber aus.

Endermatische Quecksilber-Applicationen (Inunctionen, Pflaster-
:kung grösserer Körperflächen) wurden, weil an Thierversuchen
er ohne Fehlerquellen für die nachträgliche Quecksilberbestim-
: ausführbar, nicht in Anwendung gezogen. Die Dosirung der
wendeten Präparate geschah derart, dass sich daraus in ein-
n Fällen acute, in anderen chronische Intoxicationen,
:r in anderen auch ein für die am Menschen gebräuchliche
apeutische Dosirung analoger klinischer Verlauf ergab.

Nach dem Eingehen, beziehungsweise der Tödtung der Thiere
en die Cadaver jedesmal obducirt (Befunde von Prof. Arnold
Richard Paltauf) und denselben hierauf alle oder wenigstens
wichtigsten Organe zur quantitativen Quecksilberbestimmung
mmen.

Von den zahlreichen sich dabei ergebenden pathologisch-
mischen Details will ich wegen Zeitmangel hier nur jene
:e berühren, die mir in einem gewissen Connex mit der Queck-
vertheilung und -Ausscheidung zu stehen scheinen.

Eine tabellarische Uebersicht der in den einzelnen Organen
denen Metallmengen ergibt beim Vergleiche, dass die Queck-
vertheilung im thierischen Organismus nach allen in An-
ung gekommenen Arten der Einverleibung und unabhängig
ler Höhe der Dosirung stets nach denselben und mit den von
ith Ludwig gefundenen nahezu adäquaten Gesetzen erfolgt,
Die drüsigen Organe, Niere, Leber, Milz, enthalten, und zwar
rechend der genannten Reihenfolge, auf 100 gr Organsubstanz
hnet, die grössten Metallmengen. Hieran schliesst sich der
tract, welcher, jedesmal mit seinem Inhalte untersucht, von
nach abwärts eine Steigerung seines Quecksilbergehaltes auf-
so zwar dass der Magen sehr geringe aber wägbare, der
darm die beträchtlichsten, der Dünndarm in der Regel da-
hen stehende Mengen enthielt. Geringe aber noch wägbare
en enthielten regelmässig die Herz- und Skelettmusculatur,
zelnen Fällen auch die Lungen sowie grössere, den Gefässen
ı nach dem Tode entnommene, Blutmengen.

Unwägbare, in Fällen geringerer Dosirung überhaupt keine
lspuren enthielten Gehirn, Speicheldrüsen, Bauchspeicheldrüse,
ldrüse, Galle und Knochensubstanz.

Das relative Mengenverhältniss gefundenen Metalls in den
nen Organen änderte sich nicht, wenn auch bereits geraume
1—3 Wochen, nach der letzten Quecksilberapplication ver-
en war, nur waren die absoluten Mengen entsprechend geringer;

so zwar, dass also z. B. in gewissen Organen, wie Leber und Nieren nicht nur sehr rasch nach der ersten Quecksilbergabe, sondern auch noch sehr spät nach dem Sistiren der Einverleibung relativ grosse Metallmengen angetroffen werden. Dieses rasche Ansichreissen und zähe Festhalten von eingebrachtem Quecksilber spricht für eine specifische Attraction dieser Organe, ihrer Parenchymzellen dem letzteren Gifte gegenüber.

Eine Ausnahme von diesen Gesetzen der Quecksilberlocalisation besteht nur insoweit als es sich um mechanisch in die Organe gebrachtes Quecksilber handelt, z. B. im Darme nach inneren Quecksilbergaben oder in der Haut nach subcutanen Injectionen, ferner aber, und dies ist von besonderer Wichtigkeit, auch bei pathologischen Veränderungen der Organe, sei es, dass dieselben schon von früher her bestehen oder erst durch die Mercureinführung hervorgebracht wurden.

So fand sich in einigen Fällen ein verhältnissmässig grosser absoluter und relativer Quecksilbergehalt im Dünndarme, während der Metallgehalt im Dickdarme ein relativ geringerer war. Es ist gewiss kein Zufall, dass gerade jene Fälle und nur jene es waren, bei denen die pathologisch veränderten Stellen der Mucosa und Submucosa im Dünndarme (beginnende Quecksilbernekrose bei acuter oder subacuter Intoxication), dem Flächenraume nach jene im Dickdarme übertrafen. Es decken sich demnach in gewissem Sinne Grösse der anatomischen Läsion mit der Höhe des Quecksilbergehaltes der betreffenden Darmpartie. Diese empirisch gefundene Thatsache scheint mir auch mit den Befunden von Heilborn, Falkenberg und Prof. Marchand in Uebereinstimmung zu stehen, welche, im Gegensatz zu der Ansicht Kaufmann's, Silbermann's und Anderer, nicht, wie diese, in Capillarthrombosirungen der Organe z. B. des Darmes, den Ausgangspunkt der toxischen Nekrosen suchen, sondern in Gefässveränderungen, die dadurch hervorgerufen werden, dass sich in den Adventitien und Gefässwandungen allenthalben zahlreiche schwarzbraune pigmentartige Körnchen ausscheiden, die ein so verlässlicher Beobachter, wie Marchand, regelmässig dort fand, wo auch schon grob anatomische Veränderungen erkennbar waren, und die er für eine in loco zur Ausscheidung gelangende Quecksilberalbuminat-Verbindung hält.

Hervorzuheben, schon wegen ihres klinischen Interesses, sind die Befunde in den Speicheldrüsen, dem Speichelsecrete (welches künstlich durch Pilocarpinwirkung gewonnen worden war) und dem Pankreas. Es fand sich bei diesen Untersuchungen

nämlich entweder gar kein Quecksilber oder nur minimale unwägbare Spuren, letztere nur dann, wenn grössere Mengen einverleibt und auch in den übrigen Organen gefunden worden waren. Diese Befunde decken sich fast mit allen übrigen meist negativen Befunden von Speichelsecret bei Quecksilbervergiftungen und beweisen, dass den Menschen bei Quecksilbervergiftungen durch den Speichel beträchtliche Giftmengen nicht entzogen werden. Es erscheint dementsprechend nicht als irrationell, den quälenden Speichelfluss lediglich als durch Nervenreiz veranlasst, nicht aber als ein heilsames Symptom auzusehen und dementsprechend denselben gegebenen Falles selbst mit Medicamenten zu bekämpfen, dafür aber für öftere Entleerung und vorsichtige Auswaschung des Darmes zu sorgen, um wenigstens den Dickdarm vom ausgeschiedenen Quecksilber zu befreien.

In der *Schilddrüsensubstanz* wurden, im Gegensatze zu den Befunden *Ludwig's* beim Menschen, wo sich grössere Mengen des Metalles fanden, immer nur minimale oder gar keine Spuren nachgewiesen. Es scheint dies damit zusammenzuhängen, dass die Schilddrüse bei Hunden nicht als grosse compacte Masse, wie beim Menschen, sondern in Form von kleinen, substanzarmen, oft kaum auffindbaren Gewebspartien zu beiden Seiten des Kehlkopfes zu finden ist. Keinesfalls möchte ich aus dem Befunde bei Thieren irgendwelche Schlüsse für den Quecksilbergehalt dieses Organes beim Menschen ziehen.

Verschieden grosse, aber stets wägbare Mengen fanden sich im Muskelfleische sowohl der *Herz-* als auch der *Körpermusculatur*, ebenso in grösseren *Blutmengen*, von unmittelbar nach dem Tode entbluteten Thieren gewonnen.

Niemals wägbar waren die Metallspuren, welche im *Gehirne* gefunden wurden. Es liegt nahe, daran zu denken, dass diese geringe Affinität der Nervensubstanz zum Quecksilber mit daran Schuld trägt, dass schwere syphilitische Nervenaffectionen, auch sonst sehr wirksamen Quecksilbercuren gegenüber, sich sehr hartnäckig erweisen.

Geringe aber meist wägbare Spuren von Quecksilber fanden sich in der *Lunge*. Der Umstand, dass dieselben aber selbst dann sehr geringe blieben, wenn die übrigen Organe sehr reich an Quecksilber waren und dies zu allen Zeiten während und nach der Mercureinführung, scheint jedenfalls zu beweisen, dass die Lunge und der Athmungsprocess zur Quecksilber-Ausscheidung nicht merklich

Besonderer Erwähnung bedürfen die Verhältnisse im Knochen. In den meisten Fällen fand ich mehr oder weniger deutliche, niemals aber wägbare Spuren von Quecksilber und zwar weder nach grossen toxischen Dosen, noch nach medicineller Quecksilber-Verabreichung.

Um der Frage näher zu treten, ob chronisch entzündliche z. B. syphilitische Gewebsalienationen unter Quecksilberzufuhr das Medicament reichlicher in sich aufnehmen als ihre gesunde Umgebung — eine klinisch längst behauptete, aber nicht bewiesene Thatsache — setzte ich, über Anregung Herrn Professors E. Lang, künstlich solche Herde in den Schenkelknochen einiger Thiere, indem ich dieselben in Narkose fracturirte. Das chronisch-hyperplastische Callusgewebe, das sich nun in loco im Verlaufe der nächsten Wochen bildete, musste nun gewissermassen, da Syphilis auf Thiere nicht übertragbar ist, derartige Affectionen ersetzen.

Unter drei derart behandelten und hierauf mit mässigen Dosen Quecksilber subcutan, beziehungsweise intern mercurialisirten Hunden war nur bei einem (nach Injection von Hydrargyr. oxyd. rubrum) auf Seite des Callus eine beträchtlichere — allerdings auch hier unwägbare — Spur von Quecksilber erhalten worden, als auf Seite des normalen Knochens. Bei den übrigen Fällen waren die gefundenen Mengen so minimal, dass diese Frage damit nicht als definitiv gelöst betrachtet werden kann. Jedenfalls glaube ich, dass die angeregte Frage am ehesten noch mit grossen toxischen Mengen einverleibten Quecksilbers zu entscheiden sein dürfte. Schon aus den bisher angeführten Resultaten glaube ich mit grosser Sicherheit schliessen zu können, dass der jeweilige Gehalt der Organe an Quecksilber nicht allein etwa bloss auf dem Reichthume derselben an Blut, auf der Reichlichkeit der Blutdurchströmung in der Zeiteinheit beruht, sondern vielmehr auf einer gewissen specifischen Affinität der Parenchymzellen gewisser Organe zu gewissen in den Säftestrom gebrachten Metallgiften. Einen treffenden Vergleich bietet hier z. B. der durchschnittliche Quecksilbergehalt der Niere zu dem der so überaus blutreichen Lunge.

G. H. Roger hat demnach bis zu einem gewissen Grade Recht, wenn er in seiner ausführlichen, auf Thierexperimenten beruhenden Abhandlung: »Action du foie sur la secrétion des poissons« auf die besondere Wirksamkeit der Leber im Sinne der Ausscheidung, beziehungsweise Unschädlichmachung anorganischer, beziehungsweise organischer Gifte, so auch des Quecksilbers hinweist. In der

Leber finden sich ja thatsächlich, absolut genommen, die grössten Quecksilbermengen aufgestapelt. Ein grosser Theil des letzteren verlässt den Körper zweifellos im Sinne Roger's mit der Galle durch den Darmcanal. Dass diese Mengen jedoch lange nicht so gross sind, wie sie jener Autor und früher schon andere Autoren (vgl. O. Hassenstein, Versuche über Quecksilberausscheidung durch die Galle. Inaug.-Dissertation. Königsberg 1879) annehmen zu müssen glaubten, beweisen auch wieder meine zahlreichen, sich stets auf geringe Metallspuren beschränkenden Befunde in dem Gallensecrete von selbst sehr intensiv mercurialisirten Thieren, sowie eine Reihe von Gallfistelversuchen, auf die ich mangels Zeit hier nicht näher eingehen kann. Das in der Leber angehäufte und hier hartnäckig zurückgehaltene Quecksilber wird demnach nur zum Theile mit der Galle in das Darmlumen gebracht, zu einem anderen, wahrscheinlich weit beträchtlicheren Theile aber wieder resorbirt, durch den Blutkreislauf in die anderen Organe und durch diese, hauptsächlich durch das Nierenepithel (Urin) und die Darmschleimhaut (Fäces), zur Excretion gebracht.

Bezüglich zahlreicher anderer Ergebnisse meiner Untersuchungen, sowohl was die anatomischen Läsionen der einzelnen Organe nach den erzeugten Vergiftungen, als was den Gehalt der Injectionsstellen an Residualquecksilber nach den verschiedenen injicirten Quecksilber-Präparaten, was ferner Zahlen, Tabellen und sonstige Details betrifft, erlaube ich mir, auf die demnächst zur Veröffentlichung gelangenden ausführlichen Versuchsprotokolle zu verweisen.

---

## Discussion.

**Campana** (Genua): Ich habe die Methode des Prof. Ludwig wiederholt angewendet und war stets von der Einfachheit und Leichtigkeit ihrer Durchführung, sowie von der Exactheit ihrer Resultate sehr zufrieden.

---

## Herr L. Lewin (Berlin):

### Betrachtungen über Arzneiausschläge.

Seit ungefähr 14 Jahren wird den Arzneiausschlägen zumal von Dermatologen ein grösseres Interesse geschenkt. Ich habe zuerst den Versuch gemacht, das Material, soweit es mir damals zugänglich war, im Zusammenhange mit anderen Aeusserungen abnormer Arzneiwirkungen in meinem Handbuche der Nebenwirkungen kritisch darzustellen. In wenigen Wochen wird eine Bearbeitung dieses Werkes in vollkommen neuer Gestalt erscheinen. Darin ist die Frage der Arzneiausschläge, wie ich nun sagen kann, erschöpfend behandelt worden. Es wird jetzt vielleicht möglich sein, auf Grund der gesichteten, vollzähligen Thatsachen an die Formulirung allgemeiner Gesichtspunkte zu gehen. Wo man bisher mit ungenügender Kenntnis dieses Gebietes Derartiges versuchte, ergaben sich als Resultat unhaltbare, trotzdem meist dogmatisch ausgesprochene Behauptungen.

Ueber die weitgehende Bedeutung der Arzneiausschläge genügen wenige Hinweise. Die diagnostischen Irrthümer in Bezug auf dieselben mehren sich in beängstigender Weise. Specialistische Disciplinen, die mit der Dermatologie und Pharmakologie wenig Fühlung haben, glauben der Kenntnis hierher gehöriger Thatsachen entrathen zu können, denn so kann es kommen, dass man in einem Falle von tuberösem, mit schlecht aussehenden Ulcerationen am Beine vergesellschaftetem Bromexanthem, ohne die mögliche Ursache zu erwägen, an eine Amputation dachte! Und wie viel gehäufte Quecksilbercuren hätten schon Kranken erspart werden können, wenn man Quecksilber oder Exantheme nicht für Manifestationen der Syphilis gehalten hätte! Und wie oft ist ein fieberhafter Arzneiausschlag mit einer Infectionskrankheit verwechselt worden!

Eine ebenso grosse Bedeutung hat die theoretische, rein wissenschaftliche Seite dieses Gegenstandes. Denn die Entstehungsart dieser Ausschläge hängt z. B. innig mit der Frage über das Zustandekommen der Hautkrankheiten überhaupt zusammen. Mir ist der Entwicklungsgang der Anschauungen über die letztere sehr wohl bekannt, und ich weiss, mit welcher Zähigkeit man die Nosologie der Haut als etwas von inneren Ursachen überwiegend Unabhängiges ansieht. Nichtsdestoweniger war ich erstaunt und er-

freut, in einer neueren Auslassung von Köbner über den fraglichen Punkt es gewissermassen als eine Nothwendigkeit und etwas Neues ausgesprochen zu finden, dass mit Berücksichtigung der Entstehungsart der eigenthümlichsten Arzneiexantheme ebenso gut auch eine Anzahl von Hautkrankheiten durch andere, innere Ursachen entstehen könne, für welche jetzt locale Schädlichkeiten auf oder in der Haut ätiologisch angeschuldigt werden. Ich, wie viele andere Pharmakologen haben nie anders hierüber geurtheilt. Der Inductionsschluss, der zu einer solchen Erkenntnis zwingend führen muss, ist so zuverlässig, wie nur überhaupt ein solcher Schluss sein kann. Wir leben in der Medicin von schlechteren als dieser ist! Diejenigen, die vor uns über derartige Dinge nachdachten, haben die Parallelisirung zwischen Ausschlägen ab ingestis und den bei Infectionskrankheiten auftretenden ohne Weiteres vorgenommen. Keiner hat dies treffender formulirt, als Piorry, der es direct aussprach, dass man z. B. die Parallele zwischen dem Ausschlag nach Masern und dem nach Muscheln in allen ihren Theilen verfolgen könne, und was von der letzten Entstehungsart des einen gelte, als auch für den anderen giltig ansehen könne. Fasst man, wie ich es thue, Krankheit als Störung des chemischen Gleichgewichtes in den verschiedenen zelligen uud zellenlosen Bestandtheilen des Körpers auf, so ergibt sich hieraus, dass wie andere Krankheitsäusserungen in letzter Reihe auch diejenigen der Haut ihr Entstehen abnormen Stoffwechselproducten, die entweder in der Haut oder an entfernteren Körpertheilen sich bilden, ihr Entstehen verdanken müssen. Diese Stoffe werden vorwiegend eiweissartiger Natur sein. Dass hierdurch Hautausschläge veranlasst werden können, geht aus den Erfahrungen hervor, die man in dieser Beziehung z. B. mit dem Tuberculin gemacht hat. Als die Gelatine zu arzneilichen Zwecken als Fiebermittel benützt wurde, sah man dann Ausschläge dadurch entstehen, wenn die Gelatine bemerkbare Zeichen ihres Verdorbenseins aufwies. Und genau das, was das thierische zersetzte Eiweiss hervorruft, vermag auch das Pflanzeneiweiss zu erzeugen. Und ich füge ferner meine Ueberzeugung hinzu, dass nicht nur schlechtes Organeiweiss, sondern auch abnormes circulatorisches Eiweiss auch für längere Zeit im Körper solchen Schaden stiften kann. Ich scheue in dieser Beziehung nicht den etwaigen Vorwurf, dass dies auch eine humoralpathologische Auffassung ist, indem ich die Begründung des Gegentheiles als ausschliessliche Wahrheit in diesem Falle für wissenschaftlich unmöglich halte.

Die historische Forschung über die accidentellen Hautausschläge ergibt, dass auf dieselben schon vor mehreren Jahrhunderten sowohl nach Einführung von Nahrungsmitteln als auch Medicamenten geachtet worden ist. Ja man versuchte sich sogar in einer Deutung derselben. Sowie es bei den Hämorrhoidalblutungen gewissermassen als ein Glück angesehen wurde, dass die gefässbeherrschende »Anima« gerade die Hämorrhoidalgefässe zum Ausscheidungsorte der »Impuritäten« gewählt habe, so galten die zumal auf der Haut sich äussernden »Arzneisymptome« als Ausdruck des Kampfes des betreffenden Arzneimittels mit den Krankheitsstoffen des Körpers, speciell des Blutes, in welchem diese als letzte Aeusserung ihres Schädigungsvermögens functionelle oder anatomische Veränderungen des Körpers veranlassten und dadurch ihr Unterliegen oder ihre Auswanderung aus dem Körper anzeigten. Daher auch die häufig zu findende Bezeichnung solcher Ausschläge als kritische.

Wo es sich nicht um Medicamente handelte, sondern um Nahrungsmittel, z. B. um Krebse, die einen solchen Ausschlag veranlassten, da sprach man nur von einer Idiosynkrasie, mit der stricten Vorstellung einer besonderen Säftemischung. Aber schon lange bevor die Solidarpathologie die moderne Form angenommen hatte, haben nachdenkende Aerzte die Idiosynkrasie für in den Körper eingebrachte Stoffe nicht allein in einer besonderen Beschaffenheit der Säfte, sondern auch in dem Zustande der Organe bedingt gefunden, die dann eine individuelle Eigenschaft darstellte.

Durch die folgende Auseinandersetzung möchte ich dazu beizutragen, die Grenzen des bisherigen Wissens über die abnormen Arzneiwirkungen auf die Haut festzustellen, soweit sich dies an der Hand des vorhandenen Thatsachen-Materials und durch Deductionen ermöglichen lässt. Vorweg muss aber ausgesprochen werden, dass, soweit das Wesen dieser Erkrankung in Frage kommt, wir, wie ja leider bei so vielen anderen Fragen, noch nicht einmal an der Schwelle der Erkenntnis stehen.

In meinem Handbuche habe ich 402 Arzneimittel abgehandelt. Davon erzeugten überhaupt Veränderungen an der Haut: 204 = 50·7%, ohne Berücksichtigung der reinen Aetzmittel.

Nach innerlicher Verabfolgung . . . . . . 109 = 27·1%
Nach innerlicher und äusserlicher Verabfolgung 41 = 10·1%
Nach äusserlicher Verabfolgung (ohne reine Aetzmittel) . . . . . . . . . . . . . . 54 = 13·4%

Das wichtigste Ergebnis dieser Aufstellung ist wohl die bisher nicht vermuthete grosse Zahl der Stoffe, welche die Haut zu verändern vermögen. Speciell gilt dies von der ersten Gruppe. Bedenkt man ausserdem, dass ich alle nicht arzneilich gebrauchten Stoffe unberücksichtigt gelassen habe, und dass es z. B. noch vielleicht ebensoviel, nur wegen ihrer giftigen Eigenschaften Interesse erregende Substanzen gibt, die das Gleiche erzeugen, so wird man die exanthematogene Fähigkeit von chemischen Stoffen als eine sehr verbreitete ansprechen müssen und allgemeine Abstractionen nur gestatten dürfen, wenn sie sich auf die Kenntnis dieses ausgedehnten Materials stützen.

Wenn ich in diesem nach charakteristischen, feststehenden Punkten suche, so finde ich nur zwei solche:

1. Nur bei verhältnismässig sehr wenigen Menschen wirken die besagten Stoffe nach innerlicher Einführung exanthematogen, und

2. diejenigen Substanzen, welchen die vis innata zukommt, die Haut bei directer Berührung zu entzünden, rufen diese Wirkung immer und bei allen Menschen, jedoch in verschieden starker Weise hervor.

Nimmt man diese beiden Punkte als Basis für weitere Betrachtungen, so sind pharmakologisch mehrere Erklärungen derselben möglich. Eine bestimmte Entscheidung ist in Bezug auf keine derselben zu treffen möglich. Man könnte sagen, dass, selbst wenn die Resorption des innerlich eingeführten Medicamentes bei allen Menschen gleich stark vor sich ginge — was ja thatsächlich nicht der Fall ist — noch die Möglichkeit bliebe, dass die Circulation der Säfte in der Haut ungleichmässig ist, und deshalb nicht alle Theile des Körpers bilateral symmetrisch von Blut und Lymphe durchströmt werden. Es wäre denkbar, dass das von irgend woher resorbirte Medicament primo impetu, wenig vertheilt, an eine mehr oder minder grosse Hautstelle kommt und hier Veränderungen erzeugt, während es gewöhnlich bei gleichmässiger Vertheilung nur in so kleiner Menge in die Haut gelangt, dass Schaden nicht dadurch geschaffen werden kann. Für so richtig ich auch diese Ueberlegung an sich halte, so lassen sich doch mancherlei Einwendungen gegen dieselbe erheben, die ihren Werth nur für relativ wenige der hieher gehörigen Fälle bestehen lässt. Und selbst für diese bedarf es immer noch einer weiteren Annahme, die alles Andere, was als Erklärung in dieser Beziehung ersonnen werden könnte, an universeller Bedeutung weit zurücklässt, nämlich einer individuellen Verschiedenheit der

Gewebserregbarkeit und der anatomischen Anord-nung und vielleicht auch Beschaffenheit hierhe-gehöriger Organe, resp. Gewebe.

Mit diesem Factor begeben wir uns aber auf ein Gebiet, w genügend sichere Erkenntnis, wie ich glaube, für alle Zeiten u möglich sein wird. Hier kann uns vorläufig nur Eins helfen: E gistrirung von orientirenden Thatsachen, die darüber vorlieg und möglichst exacte Untersuchung, eventuell Beschreibung d selben.

Dass seit dem Entstehen einer ausübenden und beschreibend Medicin Unterschiede in der Constitution wahrgenommen und l rücksichtigt wurden, ist zu bekannt, um der Erwähnung zu b dürfen. Die Lehre von den Temperamenten, die Aufstellung ein sanguinischen, cholerischen, phlegmatischen und melancholische Constitution unter der Annahme, dass entsprechend das Vor herrschen des Blutes, der Galle, des Schleimes, der schwarze Galle diese individuellen Verhältnisse bedinge, blieb Jahrhundert hindurch das feste Gerüst in der Flucht aller sonstigen medicini schen Anschauungen und deckt sich, wenngleich sie als die Quint essenz der Humoralpathologie höchst einseitig ist, doch vollkomme mit dem in der neueren Medicin leider vernachlässigten, wohl auc thörichter Weise verlachten, aber nichtsdestoweniger sehr zu em pfehlenden Streben, die feineren individuellen Eigenschaften z berücksichtigen.

Die Factoren, die hinsichtlich der letzteren in Frage komme können nicht grober Natur sein. Es gilt dies besonders von de specifischen Eigenthümlichkeiten einzelner Organe. Die äusse Application der Jodtinctur auf die Haut ruft für gewöhnlich n ein Erythem hervor, und doch gibt es Personen, bei denen da selbe Präparat Blasenbildung und weitgehendes Oedem erzeug Ja, eine ganz indifferente Salbe, aus irgend einem beliebigen frisch Fett bestehend, wirkt bei ihrer Einreibung auf die Haut manch Personen entzündungsrerregend. Hier können nur chemisch un physikalisch unnachweisbare, geringfügige Abweichungen der Ha oder einzelner ihrer Theile im Spiele sein, die eine so besonde Receptivität für eine äussere Einwirkung erklärlich machen. Ma überwindet leicht die Schwierigkeit, sich so gross functionelle Differenzen als Folge kleiner Unte schiede in der Anordnung und Zusammensetzun des betreffenden Organes vorzustellen, wenn ma an die Verschiedenheit des chemischen und phy

kalischen Verhaltens von isomeren, d. h. procentisch gleich zusammengesetzten Körpern denkt. Hier wird nur durch die veränderte Lagerung gewisser Moleküle eine so bedeutende Differenzirung in den Eigenschaften der Körper erzeugt, dass sie als elementar verschieden erscheinen. Trotzdem ist in diesem Falle immer die Anzahl der Kohlenstoff-, Wasserstoff- und Sauerstoffatome, wie z. B. in der Pyrogallussäure und dem Phloroglucin, dem Hydrochinon, Resorcin und Brenzcatechin gleich. Vielleicht ist es auch hierbei angezeigt, an das Verhalten allotroper Körper zu erinnern, die wahrscheinlich auf Grund molecularer Lagerungsdifferenzen bei vollkommen gleicher chemischer Zusammensetzung ganz weit auseinandergehende physikalische Eigenschaften zeigen, wie dies von dem Kohlenstoff in der Form des Diamants, des Graphits und der Kohle bekannt ist.

Man kann sich vorstellen, dass gewisse Körperorgane einer Reihe Personen so von Natur veranlagt sind, dass sie bei gleicher chemischer Zusammensetzung, ja sogar bei gleicher mikroskopischer Structur doch so different sind, dass sie bei Einwirkung minimaler Reize durch eine Thätigkeit reagiren, oder beim Vorhandensein gewöhnlicher Reize eine abnorm intensive Reaction aufweisen.

Die Verschiedenheit der Individuen unter einander kann die mannigfaltigsten Körpergebiete betreffen. Wenn wir nur einige der Einzelheiten, die hier in Betracht kommen können, erwägen, wenn wir z. B. an die gewiss vorhandene unendlich grosse Verschiedenheit der Gefässvertheilung in den Organismen, an die Mannigfaltigkeit in der Anordnungsweise der Drüsentheile zu einer Drüse, an die Abweichungen, die in der Innervation einzelner Organe, an die Differenzen, die sich in der Masse einzelner Nerven, in der Ausbreitung von Nervengeflechten zeigen, an die Verschiedenheiten der gröberen und feineren Zusammensetzung der gleichen Muskeln bei verschiedenen Individuen und an die unendliche Zahl von kaum geahnten chemischen Producten des Zellstoffwechsels, die individuell zeitlich wahrscheinlich sehr verschieden sind, erinnern, dann haben wir das Hierhergehörige erst nur gestreift.

Und um wie viel grösser als die Verschiedenheiten von Personen oder Organen in ihrem variablen Verhältnisse zu allen anderen gleicher Art sind die Unterschiede, welche die gleichartigen oder ungleichartigen Organe desselben Individuums hinsichtlich medicamentöser Einwirkung aufweisen, unabhängig davon, ob sie direct durch diesen Einfluss getroffen

werden, oder ob eine secundäre Einwirkung z. B. durch Refle
erfolgt.

Dehnt man diese Betrachtung weiter aus, so zeigt sich, das
bei besonders prädisponirten, glücklicherweise nur selten vorkomme
den Individuen die gleichzeitig auftretenden, günstigen und u
günstigen Einwirkungen eines Arzneimittels auf ve
schiedene Körperorgane so dicht neben einander liegen, das
die bessere ohne die schlechtere nicht erzielt werden kann. W
kennen Fälle, in denen die Anwendung des Jodkaliums zur Ve
kleinerung hyperplastischer Drüsen, wie des Kropfes oder Cervica
drüsen u. s. w. ein Schwinden desselben, gleichzeitig damit abe
auch eine bedenkliche Atrophirung von bis dahin ganz gesunde
Drüsen, wie der Brustdrüsen und des Hodens verursachte. Ein
derartige Veränderung kann aber nur dadurch zu Stande komme
dass diese Organe, die für unser Erkenntnissvermögen norm
erscheinen, trotzdem bereits wesentlich von normalen verschiede
sind. Nur eine Abweichung der inneren Einrichtung kann dieselbe
einem Einflusse unterliegen lassen, der für gewöhnlich derartig
Veränderungen nicht hervorruft.

Bei vielen Personen ist ein solches abnormes Ve
hältniss gegen ein oder mehrere Arzneimittel angeboren un
unüberwindlich. Jedesmal und immer, wenn der Arzneistoff ei
geführt wird, treten die unerwünschten Wirkungen auf. Analoge
sah man an Menschen, die eine ererbte Neigung zur Blasenbildun
haben. Bei einem solchen rief Jodtinctur an der Haut keine Blas
wohl aber Reiben hervor. Das Umgekehrte kommt auch vor. E
gibt jedoch auch Menschen, die ein solches Verhalten in Bezu
auf gewisse Nahrungs- und Arzneimittel erst erwerben. Man beob
achtete, dass Jodverbindungen fünf Jahre hindurch ohne jede Nebe
wirkung genommen wurden und dass erst nach dieser Zeit plötzlic
schwere Hautveränderungen auftraten. Für die Annahme, dass ein
solche eigenartige Disposition im Laufe der Zeit verloren gehe
kann, liegen einzelne bestätigende Beobachtungen vor; im Ganze
sind solche Fälle ausserordentlich selten. Dagegen ist vereinzelt di
Erblichkeit derselben z. B. für Chininausschläge nachgewiesen worde

Diese individuelle Disposition, die man als »besondere vasa
motorische, neuropathische oder cutane Reizbarkeit« bezeichne
kann, gibt sich in manchen Fällen durch ein ganz eigenthümliche
Verhalten der Haut auf reflectorische oder directe Beeinflussung
kund. Beim Anreden und Ausfragen überziehen sich ganze Körper-
theile, ja selbst der ganze Körper des Betreffenden mit einer inten-

siven, zum Theil fleckigen Röthe. Streift man mit dem Finger über die Haut, so tritt in kürzester Zeit eine intensive Röthe hervor, so dass man irgendwelche Zeichen, die man mit dem Finger auf die Haut schreibt, sehr rasch roth hervortreten sieht. Diese Röthe nach mechanischer Reizung erfolgt ohne auffallendes vorhergehendes Erblassen im Laufe von 5—10 Secunden und verschwindet meist nach 10 Minuten. An Stellen, wo die Haut stärker gekniffen wird, kann auch Quaddelbildung eintreten.

Es gibt aber auch eine Disposition für abnorme Arzneiwirkungen an der Haut oder Schleimhäuten, die zeitlich begrenzt ist und z. B. durch eine, wenn auch noch so leichte Erkrankung dieser Theile bedingt sein kann. Entweder verschlimmern sich hiedurch die bestehenden Veränderungen oder es entwickeln sich an demselben neue, die, wie anzunehmen ist, sonst nicht entstanden wären. So ist es vom Jodkalium bekannt, dass es zum Theil auch durch die Schleimhaut der Luftwege ausgeschieden wird und an diesen ab und zu leichtere katarrhalische Zustände erzeugt, die als ganz unbedeutend nach dem Aussetzen des Mittels wieder verschwinden. Sind jedoch solche oder andere Läsionen schon vor der Jodkalium-Anwendung vorhanden, so kann es, wie dies verschiedentlich, besonders an Syphilitischen mit Kehlkopf-Geschwüren, beobachtet wurde, zu ausgebildetem Glottisödem kommen, das selbst ein tödtliches Ende herbeizuführen vermag.

Dass auch Gewöhnung an hautverändernd wirkende Stoffe eintreten kann, beweist z. B. die Thatsache, dass manche Individuen, die nach Petroleumeinreibung einen blasigen Hautausschlag bekommen, bei einer erneuten Anwendung dieses Mittels die erwartete Entzündung vermissen lassen. Diese Gewöhnung der Hautgewebe an den Reiz kann sich schon nach einem einmaligen oder erst nach vielfältigem Gebrauche des Mittels herausbilden. Es ist bislang unmöglich gewesen, hierfür eine Erklärung zu geben. Jeder derartige Versuch ist kaum mehr als eine Umschreibung der Thatsache.

Es erübrigt mir nur noch, in eine Kritik der vorhandenen Versuche, die Arzneiausschläge dogmatisch in ein System zu bringen, einzutreten. Keine diese Unternehmungen ist aus den bereits angegebenen Gründen von Erfolg begleitet gewesen. Die generelle Zurückführung auf einen einzigen Modus führt zu Irrthümern. Es ist sicher, dass diese Exantheme auf verschiedene Weise zu Stande kommen können und weder

Ebenso ergebnisslos ist eine Trennung der hierher gehörigen Stoffe in solche, die »durch ihre Quantität« wirken, wie die Haloïdsalze und Arsenik, und solche, die nur auf Grundlage einer Idiosynkrasie abnorme Hautveränderungen hervorrufen. Seit mehr als fünf Jahrzehnten besteht die Vorstellung, dass durch eine »Sättigung des Körpers« mit dem betreffenden Medicament Nebenwirkungen an der Haut und im Körper entstehen können.

Man dachte hierbei natürlich wesentlich an das vergrösserte Quantum, das durch Cumulation zur Wirkung kommt, machte sich aber nicht klar, dass selbst bei einer solche Annahme immer noch der Factor einer besonderen Veranlagung für die Erklärung nothwendig ist. Denn sehr viele Menschen nehmen auch in längerer Zeit Arsenik oder Jod und sind doch von Hautausschlägen frei. Dies dürfte nicht der Fall sein, wenn es das Quantum wäre, durch das diese Körper exanthematogen wirkten. Und man wolle nicht annehmen, dass die Zahl Derer, die trotz chronischen Gebrauchs dieses Arzneimittels unbelästigt bleiben, klein oder gar kleiner wie die der anderen Gruppe sei. Sie ist sicherlich sogar viel grösser.

Es spricht aber noch ein anderer Umstand gegen diese Cumulativ-Theorie. Die Haloïdsalze werden schnell aus dem Körper ausgeschieden, nachdem sie wohl von allen Arzneistoffen die weiteste Verbreitung im Körper gefunden haben. In früheren Versuchen wies ich Jod bei Thieren nach mehrmaliger Einführung im Gehirn wie im Darm, in der Blase wie im Herzen nach. Es kommt aus diesen Gründen gar nicht zu einer grösseren Ansammlung in einzelnen Organen. Das, was wir ferner jetzt Cumulativwirkung nennen, nämlich eine zu starke oder zu lang anhaltende Wirkung auf Grund einer sehr langsamen Resorption oder einer sehr langsamen Ausscheidung, ist eine Eigenschaft, die nur wenige Stoffe, wie z. B. die Digitalis, als besondere physikalische Beigabe besitzen. Diese erzeugen aber gerade selten Nebenwirkungen. Jodoform besitzt z. B. die Eigenschaft der Cumulation im Körper und ist ausserdem eine Jodverbindung. Beides zusammengenommen würde von ihm das sehr häufige Hervorrufen von Hautausschlägen erwarten lassen. Die Erfahrung lehrt aber, dass solche nach innerlicher Aufnahme ganz besonders selten erscheinen.

Welche Ueberlegung man auch immer anstellt, welche Umwege wir auch für eine bessere Erkenntnis des Wesens dieser Erkrankung machen — immer landen wir wieder bei der Idiosynkrasie!

Aber ebenso sicher ist es auch, was ich besonders hervorheben will, dass das betreffende Mittel als solches, resp. dessen

Umwandlungsproducte es sind, welche die causa efficiens für die geschaffenen Veränderungen an der Haut darstellen, gleichgiltig, ob es in maximalen oder minimalen Dosen zur Anwendung kam. Denn das ist eben das Charakteristische der Individualität und der dadurch bedingten specifischen Disposition, dass Einflüsse irgend welcher Art, die sonst keinerlei Nebenwirkung zu Stande bringen, sich unter solchen Umständen durch Veränderungen an einzelnen Organen bemerkbar machen können. Deswegen ist auch die ganz willkürliche, durch nichts gestützte, bereits von Piorry ausgesprochene und sogar noch weiter ausgedehnte Annahme, wonach in einigen Fällen — nämlich bei den Eruptionen, die durch »dynamische Wirkung der Arzneistoffe« bedingt sind — nicht das eingeführte Mittel selbst, sondern neue, durch dasselbe in und aus dem Blute gebildete, ganz hypothetische Substanzen die pathologischen Hauterscheinungen hervorrufen, von der Hand zu weisen. Denn ich wüsste z. B. nicht, welche Stoffe das Quecksilber oder die Salicylsäure im Blute bilden helfen sollten, die mit activeren Eigenschaften wie sie selber begabt sind. Welche Vorstellung dass Arnica und Kalkwasser, Leberthran und Sarsaparille sämmtlich den gleichen Stoff im Blute erzeugten! Denkt man aber nun gar weiter und fragt, weshalb dieser mystische Stoff nicht immer Hautausschläge erzeugt, so lautet die Antwort: weil dazu eine besondere individuelle Reizempfänglichkeit nothwendig ist. Mit dieser Annahme bedarf ich aber nicht mehr jenes Wunderstoffes; denn auf Grundlage einer absonderlichen Individualität sind die verschiedenartigsten Symptome möglich. Und was ist zudem eine »dynamische Wirkung«? Das Mystische, was in dieser Tautologie legt, sollte doch aus der neueren Medicin längst verbannt sein. Das Herbeiziehen von Hypothesen, die, selbst ihren Grundlagen nach, unverständlich sind, fördert nicht die Erkenntnis, sondern hemmt sie.

Die natürlichste Erklärung ist die, dass die eingeführten Stoffe resp. deren Additions- oder Zersetzungsproducte entweder direct oder auf reflectorischem Wege durch Beeinflussung vasomotorischer oder trophischer Apparate der Haut Exantheme veranlassen. Eine gute Bestätigung liefern zuvörderst die Fälle, in denen das schuldige Medicament, z. B. Paraldehyd — und es gibt sehr viel mehr solcher, organischer und unorganischer, in die Haut gelangender Stoffe als man ahnt — in den Hauteruptionen gefunden wurde, sodann auch jene Fälle, in welchen ein Medicament, wie z. B. die Salicylsäure, bei äusserlicher Anwendung auf der Haut in Salben-

a die gleichen Veränderungen hervorrief, wie nach Einverleibung :h den Mund.

Mehrfach ist der Versuch gemacht worden, das Entstehen Arzneiexanthemen auf Reizung von Unterleibsorganen durch eingeführte Medicament zurückzuführen. Die Möglichkeit liegt Man erschloss sie z. B. aus dem Entstehen von Menstrualnthemen oder einer Urticaria nach Blutegelanwendung am Mutterid oder von Ausschlägen durch Anwesenheit von Taenia-Pro:tiden oder Gallensteinen u. s. w. Aber alle diese Fälle lassen, ; nicht verschwiegen werden soll, noch eine andere Deutung zu, ilich, dass gewisse Stoffe hierbei resorbirt wurden, denen das inthem zur Last gelegt werden muss. Jedenfalls ist diese Hypose so schwankend, dass man darauf keine prophylaktische oder ative Therapie von Arzneiausschlägen gründen kann. Man hat s in neuerer Zeit in Frankreich bei den Bromexanthemen verht, indem man vorschlug, für diesen Zweck »intestinale Antisis« vorzunehmen, Darmantiseptica, wie salicylsaures Wismuth l β-Naphtol zu reichen.

Es gibt Menschen, die auf mehrere Mittel, aber auch solche, nur auf eines immer mit Hautausschlägen reagiren.

Wenn Jemand auf Benzoësäuregebrauch Hautausschläge be:nmt, so erscheinen diese auch nach Einnahme von Tinctura nzoës oder Natrium benzoicum. Aenderungen in diesem Verhalten nnen in weiteren Lebensjahren vorkommen. Die Empfindlichkeit in sich abstumpfen, ganz verschwinden, aber auch wachsen.

Die Formen der Arzneiausschläge fallen mit denen der Hautinkheiten zusammen, die aus innerlicher oder äusserlicher Krankitsursache entstehen. Das Aussehen derselben wechselt auch nach nnahme des gleichen Stoffes bei mehreren dafür disponirten Menien. Häufig sind sie polymorph.

Man hat es als »absolut constant« bezeichnet, dass sie sich i dem wiederholten Gebrauch des gleichen Mittels bei einem und :mselben Individuum stets in der gleichen Form wiederholen. ies ist »absolut« unrichtig. Mein Handbuch lehrt Vorkommnisse :gentheiliger Art kennen.

Im Allgemeinen ist es als richtig anzusehen, dass es eine :meinsame Eigenthümlichkeit aller Arzneiausschläge sei, bei Fort:brauch des Medicamentes oder bei Erhöhung der Dosis intenrer zu werden. In sehr seltenen Fällen ist sogar der Tod dadurch ranlasst worden. Es gibt jedoch auch Menschen, bei denen z. B.

Jodausschläge trotz Fortgebrauches des Medicamentes vielleicht auf Grund schneller Gewöhnung verschwinden.

Will man einen, meist zutreffenden Unterschied zwischen Hautkrankheiten aus inneren Ursachen und Arzneiexanthemen aufstellen, so ist es der, dass die letzteren nach Fortlassen der Schädlichkeit schwinden, die ersteren aber die durch die Erfahrung kennen gelernte Bestehungsdauer haben.

Manche der durch örtliche Anwendung von Medicamenten entstandenen Hautausschläge zeigen die Neigung, von dem ursprünglichen Orte ihres Entstehens, selbst wenn das Mittel entfernt wurde, sich regellos, symmetrisch oder unsymmetrisch über den ganzen Körper oder einzelne Theile zu verbreiten. Es ist bisher nicht möglich gewesen, die Art des Zustandekommens genauer zu erkennen. Bisweilen mag eine Uebertragung des Arzneimittels von dem Anwendungsorte durch die Finger auf andere Körpergebiete zu Stande kommen. Für sehr viele andere Fälle lässt sich dies ausschliessen. Die Möglichkeit des Transportes durch die oberflächlichen Lymphgefässe der Haut ist für manche Fälle vorhanden. Diese Drainageröhren fangen mit offenen Enden in den interstitiellen Gewebsräumen an und die Contractilität ihrer Wände ist stark genug, um Partikelchen des angewandten Medicamentes fortzutreiben — freilich, da Klappen vorhanden sind, immer nur in der Richtung des Lymphstromes.

Die früher allgemein getheilte Annahme, dass den Arzneiausschlägen eine kritische Bedeutung zukäme, muss als ganz abgethan betrachtet werden. Wohl ereignet es sich einmal, dass ein bestehender Ausschlag durch das Hinzutreten eines Arzneiexanthems in seiner Schwere abgeschwächt wird oder auch wohl ganz weicht — aber ebenso oft auch, dass die Intensität desselben zunimmt. Noch weniger ist daran zu denken, dass innere Krankheiten Aenderungen ihrer Gestaltung oder ihres Verlaufes durch Arzneiexantheme erfahren. Wenn dies geschieht, so ist es immer nur eine Ausnahme, und die Erklärung für dieselbe würde sich in einem concreten Falle aus den Begleiterscheinungen des Exanthems oder der Natur desselben nach allgemeinen medicinischen Gesichtspunkten ableiten lassen. Die Arzneiausschläge verhalten sich in ihrer supponirten, kritischen Bedeutung nieht anders wie andere Nebenwirkungen. Ich habe in meinem Handbuche in dieser Beziehung auch den angenommenen kritischen Werth z. B. eines »paradoxen Fiebers« zum Gegenstand der Besprechung gemacht und nachweisen können, dass auch

nicht der Schein einer inneren Berechtigung dafür vorhanden ist, einem Arzneifieber, wie z. B. dem nach Tuberculingebrauch auftretenden, den Werth eines kritischen Symptoms zuzuschreiben, hauptsächlich weil es sehr viele Arzneistoffe gibt, die bei den allerverschiedensten Krankheitszuständen, aber immer nur bei ganz bestimmten Menschen Fieber erzeugen, und andere Medicamente vorhanden sind, deren vis innata darin besteht, immer die Körperwärme steigen zu lassen bis auf vereinzelte Fälle, die in dieser Beziehung ein refractäres Verhalten auf Grund einer individuellen Disposition aufweisen.

Meine Herren! Vielleicht lassen Sie die eben gemachten Betrachtungen als einen kleinen Fortschritt in der Erkenntniss der Arzneiexantheme gelten — jedenfalls hoffe ich durch dieselben einen erneuten Antrieb zu naturwissenschaftlicher Beobachtung derselben gegeben zu haben.

---

## *VI. Sitzung. — 11½ Uhr Vormittags.*

Vorsitzender: **Campana.**

Herr C. Boeck (Christiania):

### Ueber Psorospermosen.

Meine Herren!

Das Thema über Psorospermosen ist gewiss mit allem Rechte auf die Tagesordnung dieses Congresses gesetzt worden. Nicht nur ist die Frage über die ätiologische Bedeutung der Protozoën eine der gegenwärtig am eifrigsten discutirten, sondern eben die Dermatologie und die Dermatologen haben gewiss in der Neuzeit nicht unwesentlich dazu beigetragen, diesen jedenfalls bedeutsamen Forschungen über den Parasitismus der Protozoën besonders in den Epithelien der Menschen neue Impulse mitzutheilen.

Ausser den bekannten Arbeiten von Bollinger und Neisser über Molluscum oder Epithelioma contagiosum mussten nothwendigerweise die Mittheilungen von Darier und Wickham über den Befund von Sporozoën bei der Paget'schen Krankheit, die ja beinahe constant von Cancer der Brustdrüse gefolgt ist, diese früher schon angefangenen Untersuchungen über Cancer noch stärker anregen, zumal als gleichzeitig auch eine bisher wenig gekannte Hautkrankheit als eine unzweifelhafte Psorospermose hingestellt wurde, nämlich die von Darier als Psoropermose folliculaire végétante beschriebene Krankheit. Hat somit die Dermatologie das unzweifelhafte Verdienst gehabt, die Psorospermosenfrage mehr in den Vordergrund zu bringen, darf sie sich auch nicht der Pflicht entziehen, zur Klärung derselben ihr Möglichstes beizutragen. Mein kurzer Einleitungsvortrag wird leider auch hauptsächlich nur kritischer Natur sein; vielleicht wird die nachfolgende Discussion mehr positive Beiträge liefern können.

Beim Behandeln des Themas werde ich mich über die von ıir speciell studirte Darier'sche Krankheit etwas ausführlicher ussern und die übrigen, schmarotzenden Sporozoën zugeschriebenen Iautkrankheiten ganz kurz erwähnen. Die Discusion wird dann eichliche Gelegenheit geben, das Uebrige nachzuholen.

Als Darier im Jahre 1889 seine Mittheilungen über die von ım sogenannte Psorospermose folliculaire végétante veröffentlichte, ıgen schon drei sichere Fälle dieser Krankheit in der Literatur 'or; der erste sichere Fall ist von Bidenkap[1]) im Jahre 1883 .us Christiania beschrieben worden, der zweite Fall von Morrow, ler dritte Fall von White;[2]) dann kamen die zwei Fälle von Darier-Thibault, ein Fall von Euthyboule, drei Fälle von mir, dann vieder ein Fall von White, ein Fall von Lustgarten-Bulkley, ein Fall von Buzzie und Miethke, ein Fall von Mansuroff, ein Fall von Zeleneff und ein Fall von Prof. Schwimmer. Im Ganzen sind also 15 Fälle beschrieben. Wegen der Seltenheit der Krankheit werde ich mir erlauben, ehe ich zur Histologie derselben übergehe, noch einen bisher nicht beschriebenen Fall, den fünften, aus Norwegen kurz zu skizziren und durch Photographien zu illustriren:

N. N., 33jähriger Bauer, bemerkte die ersten Spuren der Krankheit im zehnten Lebensjahre als kleine Knoten auf dem Hinterkopfe. Von dieser Region breitete die Affection sich nach und nach über die ganze Pars capillata, die Stirn und die Schläfen aus. Einige Jahre später, währenddem er Arsenik innerlich anwendete, trat die Krankheit auf der Brust und am Rücken auf und endlich auch, obschon viel sparsamer, auf den oberen und unteren Extremitäten. Im Jahre 1884, damals 25 Jahre alt, wurde der Patient eine kurze Zeit in der dermatologischen Klinik in Christiania von Dr. Bidenkap behandelt. Als er nun im Monat October 1891 in meine Privatbehandlung trat, war die Krankheit besonders auf der pars capillata, im Gesichte und am Stamme sehr stark entwickelt, weniger auf den Extremitäten. Die behaarte Kopfhaut und nameutlich die Schläfen waren mit dick abgelagerten, fetten wie seborrhöischen Krustenmassen bedeckt, und wenn diese fetten, etwas weichen Massen entfernt waren, bot die unterliegende Haut ein stark verrucöses Aussehen mit langen spitzigen Papillen und dazwischen liegenden sehr tiefen Einsenkungen dar.

Es war kein Nässen vorhanden. Das übrige Gesicht war im Ganzen seborrhöisch, fettig anzufühlen und zeigte in grosser Menge die öfter be-

---

[1]) D. Norske medicinske Selskabs Forhandlinger, 1883. S. 256—258.

[2]) Den Fall von Lutz darf ich nicht mitrechnen; eine Beschreibung des 'es findet sich bei Bazin: Leçons sur la scrofule, 2e édit. Paris 1861, 30. — Dagegen ist es nicht unwahrscheinlich, dass Erasmus Wilson die kheit als Ichthyosis sebacea beschrieben hat. Siehe E. Wilson, On diseases : skin, 1863, P. 628—634.

schriebene schmutzig-graue oder schmutzig-braunrothe kleine Papeln. Der ganze Stamm war mit unzähligen Efflorescenzen bedeckt; ganz besonders doch die Interscapular- und Sternalregion sowie Abdomen mit den Weichen, und eben an diesen Stellen waren die Papeln auch durchgehends grösser und gleichzeitig etwas dunkler gefärbt. Man sah besonders auf dem Abdomen an den grössten Papeln, die gewöhnlich von länglicher Form und mit ihrer Längsachse quer auf diejenige des Körpers situirt waren, einige kleinere markirte dunklere Pünktchen auf der Oberfläche derselben, wie bei einem meiner anderen Patienten ebenfalls beschrieben worden ist. Am übrigen Körper waren die Papeln oder Warzen kleiner und blasser, von schmutzig-graulicher Farbe, aber so dicht sitzend, dass die Haut beinahe ein chagrinähnliches Aussehen darbot.

Im Gesicht und am Stamm fanden sich in diesem Falle ausserdem eine Menge sehr grosser Comedonen und auf der Brust auch zahlreiche Aknepusteln, wie aus den hier vorgezeigten grossen Photographien gesehen werden kann.

An den oberen Extremitäten trat die Krankheit, wie man jetzt sieht, hauptsächlich in Gruppen auf der äusseren Fläche des Ober- und Unterarmes auf, sehr sparsam dagegen auf den inneren und Beugeflächen. Auf dem Handrücken waren die Papeln ganz klein, nur wenig erhaben, von bräunlicher Farbe und zeigten, mit der Lupe betrachtet, eine wie fein gerunzelte Oberfläche. Die Warzen waren auch in diesem Falle hier mehr solid, die Hornschicht derselben nicht so locker wie sonst und liess sich somit hier nur schwierig wegkratzen.

Auch auf der Dorsalfläche des ersten Phalanx der Finger fanden sich ähnliche Papeln. Am zweiten und dritten Phalanx dagegen konnten keine solchen entdeckt werden. In den Handflächen fanden sich wie gewöhnlich keine Papeln oder Warzen, sondern die Hornschicht war dort im Ganzen vielleicht abnorm dick. Das durch sehr kleine, winzige Vertiefungen in der Hornschicht hervorgebrachte punktirte Aussehen der Volarflächen der Finger und der Handfläche, welches ich in anderen Fällen dieser Krankheit beobachtet habe und das sehr charakteristisch ist, war in diesem Falle höchstens nur angedeutet.

Auch die Nägel zeigten sich bei diesem Manne weniger afficirt wie bei meinen übrigen Patienten; sie waren doch sehr dick und hart und an den Spitzen etwas bröckelig.

An den unteren Extremitäten war die Krankheit nur sparsam vorhanden auf den inneren Flächen der Oberschenkel, noch sparsamer auf der inneren Fläche der Waden und nur andeutungsweise auf den beiden Fussrücken.

Die Axillardrüsen und die Drüsen dem Musc. pectoralis entlang waren etwas angeschwollen. Sonst war das Glandelsystem normal.

Pat. schwitzt sehr leicht und viel.

In der Familie des Patienten ist diese Krankheit sonst ganz unbekannt. Ich habe selbst den Vater, einen Bruder und eine Schwester untersucht.

Mit dem eigentlichen klinischen Bilde der Krankheit werde ich mich natürlich hier nicht weiter aufhalten, nur noch einige Photographien von den in Norwegen beobachteten Fällen herumschicken. Ein paar Punkte, die klinische Charakteristik der Krankheit betreffend, muss ich doch berühren, da sie vielleicht für die Auffassung der Natur dieser noch räthselhaften Affection Bedeutung haben können.

Erstens muss betont werden, dass die Krankheit ihre bestimmten Prädilectionsstellen hat, wo sie sich vorzugsweise localisirt, und dass diejenigen Regionen, die leicht und stark schwitzen, besonders bevorzugt zu sein scheinen, so z. B. Pars capillata, Stirn und Schläfen, Axillen, Inguinalregionen, Sternal- und Intercapsularregion u. s. w. Uebrigens sind diese Patienten im Ganzen, wie namentlich Buzzi und Miethke für ihren Patienten hervorgehoben haben, auch nach meiner Erfahrung sehr stark schwitzende Menschen. Dass die Krankheit in den meisten Fällen am Kopfe anfängt und dann allmählich sich nach unten verbreitet, kann ebenfalls bemerkt werden.

Sehr wichtig für die Charakteristik der Krankheit ist es, dass sie auf Localitäten, wo sie sogar sehr stark entwickelt war, nach Behandlung sich vollständig oder beinahe vollständig verlieren kann, und zwar ohne nennenswerthe Spuren hinter sich zu lassen. Um dies zu documentiren, zeige ich hier eine Zeichnung und einige Photographien vor, die zu verschiedenen Zeiten von einem und demselben Patienten genommen sind. Dieses Verhältnis zeigt, dass diese Krankheit jedenfalls nicht in dieselbe Classe z. B. mit Ichthyose gestellt werden kann.

Die, wie es scheint, beinahe constante Affection der Nägel, auf welche ich schon in der Discussion über diese Krankheit während des Pariser Congresses aufmerksam machte, muss auch erwähnt werden, weil sie in der That mit der vermutheten Psorospermien-Natur der Krankheit nur schlecht zu stimmen scheint. Diese Affection fehlte in keinem einzigen der sieben Fälle dieser Krankheit, die ich gesehen habe. Die Nägel waren immer sehr dick und hart und in der Regel der Länge nach etwas gestreift und an den Spitzen bröckelig. Zum Theile waren sie opak und undurchsichtig, wie bei dem Patienten, dessen Hand hier photographiert ist, zum Theile aber trotz der Dicke ganz durchsichtig. Um eine so auffallende Dicke der Nägel zu veranlassen,

mussten doch die vermutheten Parasiten in der Nagelmatrix selbst wirksam sein, und dahin angelangt, mussten sie doch auch wieder mit und in dem Nagel nach vorne wachsen. Aber wie konnten denn in mehreren Fällen die dicken, harten Nägel eine homogene und durchsichtige Structur zeigen? Uebrigens habe ich auch in meinen publicirten Fällen hinlänglich darauf aufmerksam gemacht, dass die Nägel afficiert sein können, ohne dass die angrenzende Haut die Krankheit zeigt; in den meisten Fällen war doch die Haut der Finger und Zehen angegriffen. Mir wird es erscheinen, als dass diese Affection der Nägel schon a priori ziemlich stark gegen den psorospermotischen Ursprung der Krankheit spricht.

Was endlich die specielle Localisation der Krankheit in den Haarfollikelmündungen betrifft, welche Dr. Darier in den von ihm untersuchten Fällen als die überwiegend häufigste fand, dann habe ich nach sorgfältigen klinischen Untersuchungen an meinen Patienten nicht constatiren können, dass diese Localisation in den Haarfollikelmündungen in dem Grade vorherrschend war. Namentlich konnte dies an solchen Localitäten, wo die Haare sparsam und zerstreut vorkamen, gesehen werden.

Was nun die pathologische Anatomie der Krankheit betrifft, kann ich natürlich hier nur einzelne, für unsere heutige Discussion wesentliche Momente berühren. Wie bekannt, hat Darier[1]) eine von allen Seiten als trefflich anerkannte Beschreibung des mikroskopischen Befundes gegeben, nur ist vielleicht die vorhandene sehr hochgradige Hyperkeratose der Epidermis in seiner Arbeit etwas zu wenig hervorgehoben. Die Hyperkeratose ist nun in der That an vielen Stellen so tiefgreifend, dass sie manchmal nur die allererste, unmittelbar dem Papillarkörper anliegende Zellenreihe unberührt lässt; oft schon in der zweiten oder dritten Zellenreihe von unten her erleiden die Retezellen eine solche Aenderung, dass sie nicht mehr geeignet sind die Verbindung mit der Basalschicht beibehalten zu können, sondern sich von derselben ablösen, wodurch also die bekannten Lacunen tief in der Oberhaut sich bilden. In diesen tiefen Zellenschichten also kann man nun zum Theil auf schon eleïdinhaltige Zellen stossen, zum Theil auf Zellen, die in der That auch einer anfangenden Verhornung unterliegen, ohne doch das Eleïdinstadium durchzumachen, also auf in

[1]) Darier: De la psorospermose folliculaire végétante. Annales de Dermatologie. Juillet 1889.

abnormer Verhornung begriffene Zellen. Mitunter schon ebenso tief oder erst höher im Rete mucosum und in den übrigen Strata der Epidermis findet man dann einige sehr grosse Zellen von ganz auffallendem Aussehen, die in Gruppen vorkommen können, zum Theil auch ziemlich vereinzelt daliegen, nämlich die von Darier und anderen als Sporozoën aufgefassten Zellen. In dieser seiner Auffassung stützte sich, wie bekannt, Darier auch auf eben in dieser Frage so erfahrene Autoritäten wie Malassez und Balbiani. Auch Dr. Lustgarten[1]), der an einem von ihm beschriebenen Falle die Histologie der Krankheit studiert hat, hat sich dieser Anschauung angeschlossen. Gegen diese Auffassung hat sich als der erste Dr. Bowen[2]) schon im Monat Januar 1890 geäussert, indem er, wie es mir scheint, beinahe überzeugende Argumente dafür anführt, dass namentlich die »runden Körperchen« Darier's nur in unregelmässiger Verhornung begriffene Epidermiszellen sind. Besonders zeigten die als Psorospermien beschriebenen Zellen entsprechende Reaction gegen Farbstoffe, wie die verschiedenen Schichten der Epidermis, und speciell wurde in den grossen »runden Körperchen« Eleïdin nachgewiesen. Dr. Bowen konnte sich, damals wenigstens, auch nicht von dem intercellulären Auftreten der umstrittenen Gebilde überzeugen. Diese Argumente hat nun Darier in seinen kurzen Bemerkungen in »Annales de Dermatologie« für 1890 gar nicht entkräftet. Prof. White[3]) führt auch an, dass ein competenter amerikanischer Zoologe, Prof. Josef Leidy, sich auch nicht von der Psorospermien-Natur dieser Zellen überzeugen konnte. Dr. Duncan-Bulkley[4]) spricht sich ebenfalls in seinem Aufsatze vom November 1890 sehr reservirt aus. Januar 1891 erschien die Arbeit von Dr. Buzzi und Dr. Miethke über einen in der Klinik von Prof. Schweninger beobachteten Fall. Auch diese Autoren vermochten sich nicht von der parasitären Natur der »corps ronds« und »grains« von Darier zu überzeugen. Vielmehr hielten sie, ohne sich endgiltig aussprechen zu wollen, nach ihren sehr sorgfältigen und vielseitigen Untersuchungen vorläufig an der Deutung fest, dass die vermutheten Psorospermien Epidermis-

---

[1]) Lustgarten: On Psorospermosis follicularis. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. January 1891.

[2]) Siehe: Die zweite Publication von Prof White: Keratosis follicularis, a second case. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. January 1890.

[3]) Prof. White: Loco citato.

[4]) Dr. Duncan-Bulkley: Psorospermosis follicularis cutis. Med. News Novbr. 1890.

zellen waren, und dass es sich, da sie ein intercelluläres Auftreten annahmen, um endogene Zellenbildung handelte. Auch Dr. Buzzi und Dr. Miethke pointiren, dass die Darier'schen Gebilde, von unten nach oben rückend, einem Verhornungsprocesse unterliegen, wie die echten Epidermiszellen.

Die wesentlichsten Resultate meiner eigenen histologischen Untersuchungen habe ich in einer im Juli 1891 in norwegischer Sprache erschienenen Publication und in einer im Archiv für Dermatologie und Syphilis voriges Jahr aufgenommenen Arbeit mitgetheilt. Ich habe daselbst vor Allem zu beweisen versucht, dass die schon tief im Rete mucosum auftretenden grossen runden Zellen in der That in Verhornung begriffene und gleichzeitig hypertrophisch entwickelte Epidermiszellen und nicht Psorozoën sind. Ich habe, wie auch die soeben genannten Autoren, nachgewiesen und auch durch Abbildungen illustrirt, dass diese Zellen in ihrem Protoplasma sehr reichliche Eleïdin- oder, wenn man will, Keratohyalinkörper enthalten, weiter, dass in der Regel mitten in diesem Protoplasma ein sehr deutlicher Zellenkern zu sehen ist, der, mit den Kernen der benachbarten Epidermiszellen verglichen, als der evidenteste Epidermiszellenkern mit seinen Kernkörperchen aussieht, obschon auch die Kerne der erkrankten Zellen etwas gross, wie gebläht sind. Man könnte vielleicht glauben, dass die in den Zellen enthaltenen Körner nicht keratohyalin, sondern der kernige Inhalt eines Sporozoën seien. Aber in der Beziehung ist kein Zweifel möglich. Jeder Sachkundige kann sich an den mitgebrachten, nach verschiedenen Methoden gefärbten Präparaten davon überzeugen, dass es sich um Keratohyalin handelt. Die Körner sind ja auch von sehr ungleichmässiger Grösse und unregelmässiger Form, wie es gewöhnlich bei dem Keratohyalin der Fall ist. Diese Zellen sind nun noch dazu von einem dicken, doppelconturirten Mantel umgeben. Diese Membran oder dieser Mantel gehört nun nach meiner Auffassung in der Regel der Zelle selbst, was man am besten sieht, wenn man z. B. ganz einfach mit Fuchsin färbt und mit schwach mit Pikrinsäure zugesetztem Alkohol entfärbt, doch kann man mitunter an Schnittpräparaten sehen, wie die eine Epidermiszelle die andere umschliesst; aber hier kann es sich ja auch um eine Einstülpung handeln.

Wenn andere Beobachter dies, wie es scheint, anders aufgefasst haben, dann ist es kaum der Mühe werth, sich darüber zu streiten. Denn es kommt ja nicht darauf an, von was diese Zellen

umschlossen sind, sondern was sie sind. Und nun gehe ich wohl kaum zu weit, wenn ich sage, dass eine Zelle, die mitten in der Epidermis liegt und die soeben genannten Elemente enthält, auch für eine Epidermiszelle gehalten werden muss.

Ich muss mit den Herren Collegen Bowen, Buzzi und Miethke fragen: Wo hat man sonst gesehen, dass Protozoën Eleïdin enthalten?

Es ist von Darier als ein Beweis für ihre nicht epidermoïdale Natur angeführt worden, dass keine Uebergangszellen von diesen Zellen in die angrenzenden Epidermiszellen vorkommen. Aber das ist nun nicht ganz richtig. Wie man sieht, sind doch die benachbarten Zellen etwas verändert, sind von mehr rundlicher Form, haben ihre Stacheln zum Theil eingebüsst u. s. w. Wenn man überdies diese Zellen mit denselben Farbereagenzen wie z. B. die in der Kaninchenleber schmarotzenden Coccidien behandelt, erhält man gar nicht bei allen beiden analoge Bilder. Es ist mir überhaupt nicht mit irgend einem Farbenreagens gelungen, etwas in diesen Zellen zu entdecken, was mit der Organisation des Coccidium oviforme oder einer anderen nahestehenden Coccidienart im Mäusedarm irgend die geringste Aehnlichkeit hat.

An den runden Körperchen kann man auch, wie sie weiter nach oben rücken, andere Stadien beobachten, die vollständig den verschiedenen Stadien der Verhornung entsprechen, welche auch die angrenzenden, mehr normalen Epidermiszellen durchmachen. Und wenn man in der Weise die Entwicklung dieser Zellen verfolgt hat, wird man auch nicht so leicht von den manchmal recht täuschenden Bildern, welche man im Stratum corneum, namentlich an Zupfpräparaten, beobachten kann, irre geführt. Ich wenigstens fand nämlich in diesen Zupfpräparaten von abgekratzten Krusten oder Hornmassen nur genau dieselben Zellenformen wieder, die ich in den Schnittpräparaten als abnorm verhornte Epidermiszellen verschiedener Grösse und verschiedenen Aussehens erkannt hatte. Die Verhältnisse der verschiedenen Zellenformen in der Hornschicht bei dieser Krankheit sind so oft beschrieben worden, dass ich mich wohl nicht damit aufhalten darf, umso mehr, als ja das Verhalten der Zellen unter ihrer Entwicklung in den tieferen Epidermisschichten viel mehr entscheidend ist und sicherere Urkunde über die wahre Natur der umstrittenen Zellen gibt.

Der Befund in der Hornschicht ist sehr charakteristisch, aber nicht sehr erläuternd in Bezug auf unsere Frage. Der Befund ähnelt, wie bekannt, im ersten Augenblicke auffallend demjenigen

bei Molluscum contagiosum, wenn man den ausgepressten Inhalt einer Molluscumwarze untersucht. Bei näherer Untersuchung dagegen sind ja ganz wesentliche Unterschiede vorhanden.

Ich werde es auch nicht unterlassen, daran zu erinnern, dass sowohl ich wie Andere bei verschiedenen, mit Hyperkeratosen verbundenen Zuständen ganz ähnliche Gebilde gefunden haben wie die von Darier in der Hornschicht bei dieser Krankheit beschriebenen Körperchen. Dr. Bowen hat etwas Aehnliches in Warzen gesehen und Unna in Hauthörnern, ja sogar bei den meisten Hyperkeratosen (Buzzi und Miethke). Ich habe vollständig ähnliche Gebilde wie die »grains« von Darier in einigen ziemlich stark verhornten Comedonen gefunden, aber zwar bei weitem nicht in so grosser Anzahl. Ich führe übrigens nicht dies als einen Beweis gegen die Darier'sche Auffassung an. Ich constatire nur ein Factum.

Bei allem dem kann es doch nicht geleugnet werden, dass besonders die grossen runden Körperchen, von ihrem dicken Hornmantel umgeben, beim ersten Anblick in hohem Grade an encystirte Sporozoën erinnern, und dass sie, namentlich mit einigen Reagenzen behandelt, z. B. Hämatoxylin, Pikrocarmin oder mit Osmiumsäure, sehr leicht als solche imponiren können. Es ist erst nach Anwendung verschiedener Untersuchungsmethoden und an recht geglückten Präparaten, dass man sich davon überzeugt, dass es sich um in Verhornung begriffene und dabei hypertrophische Epidermiszellen handelt.

Aber noch eine Möglichkeit muss berücksichtigt werden. Wenn auch die als Psorospermien beschriebenen Gebilde selbst in der That nur krankhaft entwickelte Epidermiszellen sind, wäre es dennoch nicht möglich, Parasiten irgend einer Art in diesen selben Zellen zu entdecken, welche die pathologischen Aenderungen dieser letzteren veranlasst haben konnten. Auch meine Nachforschungen in dieser Beziehung sind bisher negativ ausgefallen. Speciell in den tiefsten Zellenreihen des Rete mucosum, die noch den Papillen anhaften — man erinnert sich, dass der grösste Theil des Rete bei dieser Krankheit an den angegriffenen Stellen sich sehr bald vom Papillarkörper ablüftet — und wo man also die ersten Entwicklungsstadien eines eventuellen Parasiten, speciell eines Sporozoën, zu finden vermuthen konnte, habe ich weder in den Zellen noch in ihren Kernen etwas Verdächtiges entdecken können. Man findet auch hier selbstverständlich schon Spuren der frühzeitigen Verhornung, z. B. auch in Form einzelner keratohyalinhaltiger Zellen.

s ist Alles, und ich habe doch mit vielen und verschiedenen bstoffen versucht, und zwar mit solchen, die eben bei wirklichen rozoën gute Resultate geben, z. B. Fuchsin, Alaunfuchsin, Eosin Verbindung mit Methylenblau, Safranin, Hämatoxylin u. s. w. Ob tere Untersuchungen in dieser Beziehung möglicherweise etwas Tage fördern können, muss dahingestellt sein.

Inoculationsversuche durch Einreibung von Krustenmassen bei inchen, die ich gemacht habe, gaben negatives Resultat und nso Culturversuche mit den Krustenmassen auf feuchtem Sande l in halbflüssiger Ichthyocolla in Král'schen Kolben. Wie bekannt, l andere Experimentatoren bisher nicht glücklicher gewesen. ch Darier hat seit seinen ersten Angaben über Entwicklung ger etwas grösseren Cysten auf feuchtem Sande bisher nicht r neue Resultate in dieser Beziehung berichtet.

Das Resultat der bisher über diese Krankheit vorliegenden tersuchungen glaube ich somit in folgender Weise resumiren können:

I. Die Gegenwart von Sporozoën ist bei der Darier'schen ankheit bis zu diesem Augenblicke nicht bewiesen worden.

II. Die bei dieser Krankheit als Sporozoën beschriebenen bilde, speciell die grossen, runden Zellen (corps ronds), sind r unregelmässigen Verhornung unterliegende Epidermiszellen.

Welcher Natur nun eigentlich diese so äusserst seltene Krank- sein mag, muss bis weiter, wenn nicht neue Beiträge vielleicht on heute vorgelegt werden, dahingestellt sein. Hervorheben chte ich doch, dass eine gewisse äussere Aehnlichkeit mit n seborrhöischen Processen nicht verkannt werden n. Sowohl das klinische Bild, namentlich wie es sich auf dem pfe gestaltet, wie auch die Localisation der Krankheit zeigt eine deutende Uebereinstimmung mit den genannten Affectionen. ch in der Beziehung ähneln sich die Seborrhoiker und diese Pa- nten, dass alle beide stark schwitzende Menschen nd. Andererseits kann auch bei den Seborrhoikern eine gewisse gemeine Tendenz zu Hyperkeratose nicht verkannt werden. Ana- misch hat Malassez schon längst an den schwitzenden Köpfen r Seborrhoïker Hyperkeratose der Haarbalgfollikelmündungen nach- wiesen, und klinisch hat Unna das häufige Vorkommen von yperkeratose der Handteller bei den Seborrhoïkern mit Recht her- rgehoben. Nun erinnert man sich auch, wie häufig locale yperidrose sich mit Hyperkeratose verbindet, wie häufig z. B. eine ylosis der planta sich einer Hyperidrose der Fusssohle zugesellt.

Dass nun die bei der Darier'schen Krankheit vorhandene allgemeine Hyperkeratose in ähnlicher Weise mit der allgemeinen Hyperidrose dieser Patienten in Verbindung stehen konnte, ist ja eine Möglichkeit, die doch erinnert werden kann. Jedenfalls habe ich gedacht, dass es doch erlaubt sein könne, diese Zusammenstellungen hervorzuführen.

Da ich bezüglich der Histologie der Paget'schen Krankheit keine eigene Erfahrung habe, werde ich hier nicht in Details eingehen, sondern denjenigen Collegen, die selbständige Untersuchungen gemacht haben, das Wort überlassen. Ich werde nur recapituliren, dass die erste Mittheilung über Psorospermien bei dieser Krankheit von Darier aus dem Monat April 1889 stammt und dass sie bald von bestätigenden Publicationen von Dr. Louis Wickham nachgefolgt wurde, vor allem in seiner schönen Monographie über die Paget'sche Krankheit vom Jahre 1890. Später sind mehrere Arbeiten von englischen Verfassern, Bowlby, Macallum, O'Neill und Jonathan Hutchinson jun. erschienen. Dieser letztgenannte Autor, der in seiner ersten Publication (1890) wesentlich die Befunde von Darier und Wickham bestätigt haben soll, findet in seinem letzten Aufsatze in »The British Journal of Dermatologie«, August—September 1891, die Natur der nachgewiesenen Gebilde noch nicht ganz sichergestellt. Ganz abweisend hat sich Mai 1891 George Thin geäussert, der, wie bekannt, sich auch früher sehr eingehend mit dem Studium der Histologie dieser Krankheit beschäftigt hat. Ebenso hat sich Prof. Pick in seiner Mittheilung vom Juni 1891 eines Falles von Paget'scher Krankheit an der Glans penis über die parasitäre Natur der vorkommenden Gebilde sehr reservirt ausgesprochen. Prof. Neisser, der drei Fälle von Paget'scher Krankheit beobachtet und untersucht hat, findet in seinem in Leipzig voriges Jahr gehaltenen Vortrage die Sachlage bei weitem günstiger betreffs der Psorospermien-Aetiologie bei dieser als bei der Darier'schen Dermatose. Er findet doch die Frage noch nicht erledigt.

Inoculationsversuche an Kaninchen sind auch von dieser Krankheit vergebens gemacht worden, und Wickham hat auch an sich selbst vergebliche Uebertragungsversuche gemacht.

Ich werde auch hier erwähnen, dass Wickham (l. citato pag. 165) und Dubreuilh[1]) angegeben haben, dass sie auch bei Ulcus rodens Coccidien gefunden haben.

---

[1]) Comptes rendus du Congrès de Paris, 1889, pag. 396.

Die Berichte über Sporozoën in Carcinomen und auch
ı Cancroiden rühren von den letzten fünf Jahren her. Es
äre doch unnützer Zeitaufwand, hier eine Literaturübersicht geben
u wollen, da solche sehr leicht zugänglich sind. Ich kann z. B.
u dem soeben erschienenen Referate in den »Monatsheften« von
)r. Török hinweisen. Die Auffassungen über die vorgefundenen
ebilde, die hier sogar zu mehreren verschiedenen Species von
porozoëen hingeführt werden, stehen doch sehr scharf gegen
inander, und obschon einige Verfasser, aus der allerletzten Zeit
z. B. Podwyssozki[1]) und Sawtschenko[1]) sich sehr entschieden aussprechen, indem sie meinen, reife Individuen mit »sichelförmigen Embryonen« nachgewiesen zu haben, ist wohl auch hier noch grosse Vorsicht geboten.

Was Molluscum oder Epithelioma contagiosum betrifft, dann sind wir wohl alle jetzt jedenfalls von der Uebertragbarkeit, der Contagiosität der Krankheit überzeugt. Die zahlreichen Beispiele von Uebertragung von der einen Person auf die andere, ja von wahren Epidemien, sind ja allgemein bekannt, und ich könnte gern ein neues Beispiel aus eigener Praxis vom letzten Jahre anführen, indem vier Personen, die im selben Redactionslocale arbeiteten, im Laufe einiger Monate nach und nach alle von Moll. contagiosum im Gesichte befallen wurden. Dann haben wir ja hier auch die gelungenen Uebertragungs-Experimente von Retzius, Vidal, Haab u. A., und vor Allem die schönen Versuche von Prof. Pick, die wohl keinen Zweifel übrig lassen. Ich werde übrigens eine klinische Erfahrung, die ich gemacht habe, hier nicht unerwähnt lassen, dass ich nämlich die Krankheit verhältnissmässig häufig in unzähliger Menge eben an den Vorderarmen von Bäckern angetroffen habe, ohne dass ich doch jemals zwei Bäcker, die zusammen arbeiteten, mit der Krankheit behaftet gefunden habe.

Was hier aber vor Allem discutirt werden soll, ist ja, ob wir es hier mit einer durch Sporozoën hervorgerufenen Krankheit zu thun haben. Seitdem diese Ansicht von Bollinger 1878 ausgesrprochen wurde, und besonders seit der bekannten letzten Arbeit von Prof. Neiser (1888), hat diese Auffassung, wie bekannt, viele Anhänger gehabt, während sie andererseits auch scharfe Gegner, namentlich in Tommasoli und Török, gefunden hat. Da mittlerweile alle beide Ansichten hier in dieser Versammlung durch ihre

[1]) Centralbl f. Bakteriologie, 1892.

ersten Repräsentanten vertreten sind, werde ich es diesen selbst überlassen, ihre Argumente ins Feld zu führen. Erwähnen muss ich nur, dass ein paar eingehende Arbeiten aus der letzten Zeit vom dänischen Verfasser Bitsch[1]) und dem amerikanischen Collegen Macallum[2]) sich gegen die parasitäre Natur der Molluscum-Körperchen ausgesprochen haben. Bitsch meint, auf seine morphologischen und chemischen Befunde gestützt, dass es sich um eine colloïde Entartung des Zellenprotoplasmas der Retezellen handelt. Dr. Macallum hält nach seinen Beobachtungen das erste Stadium des Molluscumkörpers für ein aus dem Zellenkerne ausgestossenes oder ausgewandertes sogenanntes »Plasmosomas« von nicht parasitärer Natur, welches, ins Zellenprotoplasma angelangt, sich weiter auf Kosten des letzteren entwickelt und die bekannten verschiedenen Phasen des Molluscumkörpers durchmacht. Diese Entwicklungs-Phasen sind vom Verfasser genau beschrieben. Auch der italienische Verfasser Stanziole (1890) hält nicht die Molluscumkörper für Parasiten. Dagegen hat ein Verfasser, Dr. Haug (1890), eine neue Färbemethode der »Gregarinen« des Moll. contag. angegeben. Meine eigenen Untersuchungen über Moll. contag. haben mir keine entscheidenden Resultate gebracht, obschon das regelmässig körnige Aussehen der ganz jungen Molluscumkörperchen, besonders wenn mit Carbolsafranin gefärbt wird, mir mehr für eine Organisation wie für eine Desorganisation zu sprechen scheint.

Die Ansichten gehen somit im höchsten Grade auseinander, und die schwierige Frage über die Natur der Molluscumkörperchen muss bis zum heutigen Tage als noch nicht entschieden bezeichnet werden. Jedenfalls scheint doch bei dieser Krankheit die Gegenwart von Sporozoën wahrscheinlicher zu sein als bei irgend einer anderen Hautkrankheit beim Menschen.

Auch bei einigen anderen Hautaffectionen, wie in Variola- und Vacinepusteln, in Varicellen und bei Herpes zoster sind Gebilde beschrieben worden, die von einzelnen Verfassern, namentlich von Pfeiffer, als Protozoën angesprochen werden. Aber diese Untersuchungen sind wohl noch zu wenig vorgeschritten, um hier mit Frucht discutirt werden zu können.

---

[1]) Nordisk med. Arkiv, 1892, 1. Th.
[2]) Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1892.

Herr Neisser (Breslau):

## Ueber Psorospermosen.

Meine Herren!

Der grosse Rahmen, in dem unser Congress sich bewegt, macht es unmöglich, alle Einzelheiten der uns vorliegenden Frage zu erörtern. Ich will mich demgemäss bis auf die Besprechung des Molluscum contagiosum auf einige allgemeine Bemerkungen beschränken.

Besonders möchte ich betonen, dass es mir wenig glücklich erscheint, die Psoropermosenfrage an solchen Affectionen zu studiren, bei denen wir nicht mit absoluter Sicherheit von infectiösen Krankheiten sprechen können, oder bei denen nicht von vornherein ein so eigenartiger pathologischer Vorgang vorhanden ist, dass man geradezu dahin gedrängt wird, organisirte Wesen als Ursache der Erkrankung aufzusuchen.

Wissen wir doch eigentlich gar nicht, nach was für gestalteten Wesen wir suchen sollen! Es fehlen jegliche tinctorielle oder sonstige mikroskopisch wahrnehmbare Charakteristica an den vermutheten Lebewesen, und die Thatsache, dass es einzellige, kernhaltige Gebilde sein können, erschwert durch die Aehnlichkeit der »Psorospermien« mit den Epithelien noch ganz besonders die Arbeiten auf diesem Forschungsgebiete.

Ich habe mit der grössten Mühe fast 50 Carcinome durchsucht. Es ist Ihnen bekannt, welche absonderliche Formen bei den Carcinomen als Psorospermien oder verwandte Wesen beschrieben worden sind. Aber wie ich schon an anderer Stelle mich ausgesprochen habe, ich muss mich entschieden auf die Seite Derjenigen stellen, die vorderhand nach keiner Richtnng hin einen Beweis dafür erbracht sehen, dass beim Carcinom Psorospermien vorhanden seien oder irgend eine ätiologische Rolle spielen. Alle die beschriebenen Formen lassen auch die andere Deutung zu, dass wir es, wie bei den Epithelialcarcinomen der Haut, mit absonderlichen Verhornungsformen oder bei den Drüsencarcinomen der Mamma mit regenerativen Bildungen der Epithelzellen zu thun haben. Auch scheint mir, dass die von Thiersch und von Cohnheim aufgestellten Theorien vollkommen im Stande sind, uns eine Vorstellung über die Aetiologie und Pathologie des Carcinoms

zu geben, wenn auch nicht jede dieser Theorien für jeden einzelnen Fall ausreicht.

Aus dem eingangs erörterten Grunde glaube ich auch nicht, dass die eben von Boeck ausführlicher beschriebene Darier'sche Krankheit besonders geeignet ist, in der Psorospermienfrage einen Fortschritt zu gestatten. Denn nichts fordert bei dieser Krankheit auf, überhaupt nach einem infectiösen Agens zu suchen.

Aehnlich liegt es beim Condyloma acuminatum, bei dem Ducrey in neuester Zeit Psorospermien beschrieb. Die spitzen Condylome scheinen mir weder infectiös zu sein, noch kann ich mir ein Bild davon machen, wie der ganz acut mit sehr lebhafter Betheiligung des Gefässbindegewebes einhergehende Wachsthumsvorgang auf die spärlichen Psorospermien im Epithel zurückzuführen sein soll.

So glaube ich denn, dass eigentlich nur zwei Krankheiten übrig bleiben, welche näher studirt werden sollten: die Paget'sche Krankheit und das Molluscum contagiosum.

Die Paget'sche Krankheit hat wenigstens nach einigen Richtungen hin Merkmale, welche auf eine Psorospermiennatur hindeuten. Es ist eine ganz eigenartige und analogielose, wesentlich oder wenigstens primär im Epithel sich abspielende Krankheit, peripher wachsend, ungemein schwer heilbar. Andererseits aber fehlt jegliches Moment, welches auf einen infectiösen Charakter der Krankheit hinweist — gibt es doch nicht einmal Metastasenbildung am befallenen Kranken selbst. Sehr auffallend und gegen die Psorospermiennatur sprechend ist ferner der zweifellos enge, gesetzmässige Zusammenhang mit dem Carcinom, welches an sich nichts Besonderes darbietet, die eigenthümliche, fast typische Localisation an der Brustwarze: kurz, wenn ich auch nicht anstehe, den mikroskopischen, von Darier und Wickham beschriebenen und von mir vollständig zu bestätigenden Befund als einen ganz besonders merkwürdigen anzuerkennen, so scheint mir doch die Wahrscheinlichkeit, dass wir es hier mit einer Psorospermose zu thun haben, noch keine sehr grosse zu sein.

Beim Molluscum contagiosum dagegen stehe ich nicht an, wie ich es schon mehrmals gethan habe, zu erklären, dass meiner Ansicht nach das Molluscum contagiosum als eine Psorospermien-Krankheit zwar noch nicht erwiesen ist, dass aber alle Momente und Erfahrungen, die wir bei der Untersuchung und klinischen Betrachtung dieser Gebilde machen, mit ungemein grosser Wahrscheinlichkeit für eine Psorospermien-

iologie sprechen. Fest steht unter allen Umständen die Contagiosität und die Inoculationsfähigkeit dieser Gebilde, fest steht der ganz einzig dastehende pathologische Vorgang einer Epithelneubildung ohne jegliche productive Mitbetheiligung des Gefässbindegewebes und ohne Verwandtschaft mit der carcinomatösen Epithelneuformation, fest steht die Bildung von Körpern, wie sie sonst nirgends bisher beobachtet worden sind und welche zweifellos in ihrem Aussehen und in ihrer Entstehungsweise eine sehr weitgehende Aehnlichkeit mit anderen bekannten Protozoën haben. Die Bildung dieser Molluscumkörperchen als einen chemischen Degenerationsvorgang aufzufassen, halte ich, ganz abgesehen davon, dass alle diesbezüglichen Auffassungen auch nicht wirklich erwiesen sind, für viel ungerechtfertigter, als die von Bollinger aufgestellte, von mir acceptirte Protozoënhypothese.

Zuerst muss es auffallen, dass die Anhänger der Degenerationstheorie in ihren Deutungen ganz auseinandergehen. Török und Tommasoli sprechen von »colloïd« oder wenigstens »colloïdoïd«, Marchand von hyalin, Stanziale von hornartig. Thatsächlich ist aber die Substanz der Molluscumkörperchen keiner dieser Degenerationsformen entsprechend, sondern ganz eigenartig und analogielos. Nur die Wände der Sporencysten mancher Coccidienarten weisen eine ähnliche chemische Beschaffenheit auf.

Auffallend würde ferner sein, wenn die angenommene Degeneration so scharf abgesetzt im Zellprotoplasma aufträte, regelmässig den Kern verschonte. Und wie will man sich erklären, dass in dem Epithelzapfen nicht alle Zellen so degeneriren, sondern nur einzelne?

Dagegen finden wir eine ganze Anzahl von Erscheinungen die sich ungezwungen, als Analogien bekannter Entwicklungsformen eines Protozoons auffassen lassen. In den tiefsten Zelllagen eines Molluscumzapfens sowohl ausserhalb wie innerhalb der Zellen kleine Gebilde, die vielleicht mit den Navicellen auf eine Stufe gestellt werden können. Sodann fein gekörnte, scharf gegen das übrige Protoplasma der Zelle sich absetzende intracelluläre Haufen. Dieselben haben ebensowenig eine Membran, wie die erst jüngst von R. Pfeiffer (Berlin) beschriebenen ersten Entwicklungszustände des Kaninchen-Coccidiums. Der Kern derselben ist schwer sichtbar, aber ich bin in der Lage, die voriges Jahr in Leipzig von Touton bekanntgegebene Beobachtung eines Kernes auch bei diesen Gebilden vollauf zu bestätigen, und dieser Kern entspricht wieder vollkommen der von Pfeiffer gegebenen Schilderung des Kernes bei

den jüngsten Coccidienformen des Kaninchens: »Der Kern ist schwer zu sehen und erscheint, wenn er erkennbar ist, wie eine hellere rundliche Vacuole ohne jede Structur; bei Färbungen mit den gewöhnlichen Kernfärbungsmitteln färbt sich das Protoplasma dieser Körperchen schwach. Der Nucleus bleibt ganz ungefärbt und stellt sich daher als relativ grosse, runde Lücke dar, in deren Innerem ein stärker gefärbter, sehr grosser, völlig runder Nucleolus hervortritt.« Die Existenz dieses Nucleolus allerdings bedarf bei unseren Molluscumformen noch einer Bestätigung. Ich bin in den letzten Wochen nicht in der Lage gewesen, diese Versuche anzustellen. Aber bis auf diesen Nucleolus entspricht die Pfeiffer'sche Darstellung Punkt für Punkt dem von mir und Touton gemachten Befunde.

Das feinkörnige Protoplasma dieser Gebilde, welches stets scharf abgesetzt in der Zelle neben dem Epithelkern liegt, wird allmählich grobkörnig. Einn Eigenbewegung hat es ebenso wenig wie irgend ein anderes intracelluläres Coccidium. Sodann beginnt allmählich die Umwandlung dieser grobkörnigen Masse in einen ovalen, membranhaltigen Körper, der eine grosse Anzahl hellglänzender, sich gegenseitig abplattender Körperchen enthält, Körperchen, die den encystirten Sporen anderer Gregarinen vollkommen entsprechen. Mit diesem Entwicklungsstadium scheint mir allerdings der Höhepunkt der Entwicklung, welche diese Protozoën im Molluscum selbst nehmen können, abgeschlossen zu sein. Den Grund dafür sehe ich in der allmählich eintretenden festen Verhornung der Epithelzellen und Festigkeit der Cystenwand. Freilich ist diese meine Deutung eine hypothetische, aber sie liegt, wie Jeder zugeben muss, durchaus nicht ferne; denn die Verhornung entspricht dem physiologischen Ablauf, den diese Epithelzellen nehmen, und mikroskopisch lässt sich nachweisen, dass zweifellos eine Verhornung der Zellen, welche die fremdartige Einlagerung neben ihrem alten Kern noch enthalten, zu Stande kommt. Dass in einer derartigen, fest verhornten Zelle weitere Entwicklungsstadien nicht stattfinden, scheint mir eine durchaus ungezwungene Hypothese, wenn ich auch andererseits weder früher verkannt habe noch jetzt leugne, dass die Unkenntnis der weiteren Entwicklung dieser Sporencysten eine grosse Lücke in meiner Beweisführung, dass es sich thatsächlich um Psorospermien handelt, ist. Aber darauf muss ich Collegen Török gegenüber bestehen, dass von den tiefsten Epithelzellen her bis zur Bildung des Molluscumkörperchens wohl eine fortlaufende Entwicklungsreihe besteht, welche nach allen

Richtungen hin analog ist der Entwicklungsreihe bekannter Coccidienformen.

Die Hauptursache, dass meine Anschauung von Vielen bisher bestritten wurde, scheint mir darin zu liegen, dass trotz meiner Bitte, frische Präparate zu untersuchen, doch alle möglichen anderen histologischen Methoden wesentlich in Anwendung gezogen wurden. Ich kann nur wiederholen, was ich schon in meiner ersten Publication ausführlich dargelegt, dass keine einzige Färbungsmethode (höchstens Osmiumsäure, $^1/_{10}$—$^1/_4$—$1^0/_0$ig) diejenigen überzeugenden Bilder gibt, wie die Untersuchung eines frischen (mit dem Gefriermikrotom angefertigten) Schnittes. College Török scheint ferner immer nur die fertigen Molluscumkörperchen untersucht zu haben, und nicht die jüngeren, der Körperchenbildung vorausgehenden Formen, welche in den tiefen, unverhornten Epithelzellen sich befinden. Ich habe nicht den geringsten Zweifel, dass meine zwar mit scharfen Worten, aber doch nur als persönliche Ueberzeugung ausgesprochene Deutung, dass das Molluscum eine Protozoënerkrankung ist, dann viel mehr Freunde gefunden hätte.

Ich glaube mich auf diese Bemerkungen beschränken zu müssen; ich werde in einer ausführlicheren Publication Gelegenheit nehmen, noch einmal Punkt für Punkt in eingehender Weise die von verschiedenen Seiten erhobenen Einwände zu widerlegen.

---

Herr De Amicis (Neapel):

## Klinischer und histologischer Beitrag zur Psorospermosis cutanea vegetans.

Signori!

In sul finire dell' anno 1890 ebbi occasione di osservare nelle mia Clinica un infermo, il quale ricchiamò la mia attenzione per la specialità delle lesioni che presentava; e poichè nella scienza ferve ancora la discussione sulla possibile natura e patogenesi di esse, così io credo quest' osservazione degna di essere sottoposta al giudizio di questo illustre congresso.

Il caso riguarda un giovinetto sarto di anni 16, a nome Giuseppe Giglio, di Calvizzano, il quale niente d'importante presenta in

rapporto a fatti ereditarii. Di gracile costituzione e di limitato sviluppo intellettuale, ha sofferto solo, alquanti anni or sono, una furuncolosi di cui guarì, lasciando varie cicatrici.

Egli fa rimontare alla fine dell' anno 1889 l' incominciamento dell' affezione attuale, dopo un mese che aveva la prima volta sagrificato a Venere, senza averne però riportata alcuna locale alterazione. —

Le lesioni che mostrava sulla cute al tempo della nostra prima osservazione possono categorizzarsi nelle seguenti forme:

1. Innumerevoli nodetti, quanto un capo di spillo, ricoverti da piccole crosticine bruno-sporche rispondenti all' orifizio delle glandole sebacee (Comedoni).

2. Elevazioni papulari della grandezza di una lente ad un piccolo pisello, senza alcuna apertura folliculare, ricoverte da crosta bruno-sporca, al cui distacco la superficie residuale mostravasi scabra e villosa.

3. Macchie quanto la moneta di un centesimo ed anche dippiù, a margini spesso irregolari di un colorito giallo brunastro confluenti ed aggruppate tra loro con facile desquamazione epidermoidale (Pitiriasi versicolore).

4. Pustole acneiche disseminate.

5. Piccoli infiltrati, quanto un grosso capo di spillo, di un colorito rosso brunastro, quasi emorragico, circondati da alone periferico a strati concentrici varianti dal colorito rosso-lila al rosso vivo.

6. Altre chiazze alquanto rilevate di color bruno-seppia, scabre e ruvide alla superficie senza facile desquamazione, quali isolate, quali circondanti altre lesioni come le seguenti:

7. Placche di varia grandezza da tre a cinque centimetri di diametro, presentanti infiltrazione cutanea di un colore rosso-brunastro, perforate in varii punti e ricoverte da croste sebacee e di essudati, provenienti dai diversi forami esistenti nella superficie.

8. Tratti di cute ricoverti da masse fungose, vegetanti, intersecate da varii solchi, e presentanti orifizii da cui plora abbondante secreto puriforme di odore fetido, nauseabondo.

La distribuzione topografica delle sovrariferite lesioni era la seguente:

Cuoio capelluto integro e ben fornito di capelli.

Volto. Comedoni numerosi e pustole di acne volgare (1. 4).

Collo. Chiazze molteplici di pitiriasi versicolore (3). Nella nuca elevazioni papuloidi con crosta sebacea (2).

Torace. Anteriormente comedoni e pustole acneiche.

Posteriormente placche vegetanti (7) e segreganti, ricoverte da croste brunastro-sporche al numero di tre o quattro. (Reg. scapolari e base del tronco.)

Regioni lombari e sacrali: disseminate infiltrazioni circoscritte, rossastro-cupe, circondate da alone iridato (5) dal color rosso-lila al rosso vivo.

Solco della regione inguino-crurale destra, occupato da masse vegetanti di colore rosso vivo, divise in solchi che la intersecano in vario senso per lo più verticale, ha nove centimetri di lunghezza per cinque di larghezza e le vegetazioni sporgono oltre un centimetro, spesso intramezzate da materia biancastra puriforme. Gli orli e la base della lesione sono perfettamente molli, nè presentano alcuna speciale durezza.

Regione omonima a sinistra. Chiazza bruno-seppia, ruvida villosa con piccoli punti biancastri all' apice delle elevazioni.

Regione ascellare destra occupata nella totalità da una massa a varie lobulazioni, con aspetto granulomatoso rosso-vivo nel centro e nell' estremità inferiore verso il torace; intersecata da varii solchi, e presentante varie aperture nelle quali lo specillo può approfondarsi in varie direzioni per parecchi centimetri, circondato superiormente e nei lati da cute ruvida scabra e verrucosa, che mostra un colorito brunastro alla superficie, mentre nel limite inferiore, cioè nella parte corrispondente al torace, si continua con una superficie rossastra erisipelacea a limite ben netto. —

Regione ascellare sinistra. Le lesioni sono nello inizio, la cute non presenta soluzioni di continuo, ma solo un rigonfiamento nel centro, mentre nel resto osservasi una superficie irregolare di colore bruno-seppia con piccole eminenze biancastre nell' apice, dure e non facilmente asportabili.

(Si presenta all' uopo una figura ad acquarello colorato.)

Arti superiori ed inferiori. Mostrano cute scabra. ruvida come raspa, con chiazze ipercromiche diverse e pustole acneiche disseminate.

Faccia dorsale e palmare di ambo le mani, integra.

Mucose. Quella della periferia dell' ano è ipertrofica arrossita con pliche molto sporgenti.

Cavità orale. Chiazze molteplici di leucoplachia orale, sui bordi linguali e faccia interna delle guance.

Capelli ed unghie. Stato normale. Analisi dell' orina (Prof. Primavera): Assenza di albumina, di zucchero diabetico, di acido etildiacetico e di pigmenti patologici di ogni maniera, normali i pigmenti ordinarii ed il fosfato di magnesia; molto abbondanti i cloruri ed il fosfato di calcio; alquanto abbondanti gli urati,

l'urea e l'indossilsolfato potassico. Al microscopio non si è osservato altro di notevole, fuorchè cristalli di ossalato di calcio discretamente grandi.

I ganglii linfatici sono leggermente rigonfiati.

Fatti subiettivi, nulli. Non vi è prurito, ma leggiere molestie dolorose nei punti affetti. Tutte le funzioni si eseguono nei limiti fisiologici.

### Decorso ulteriore delle lesioni.

L' infermo dopo la permanenza in Clinica di due mesi, ne uscì in Giugno, e vi fece ritorno, in seguito a nostre premurose istanze, nell' anno consecutivo, cioè verso il mese di Febbraio 1891, egli mostrava allora le identiche lesioni, ma notevolmente aumentate, principalmente nella regione inguino-crurale destra, che misurava 11 centimetri in lunghezza, per circa 8 in larghezza, estendendosi in parte sullo scroto ed in parte sulla faccia interna della coscia, presentando un solco profondo nella metà, oltre varii altri solchi che l' intersecano in varie direzioni. Nella regione ascellare dello stesso lato la massa vegetante aveva guadagnato in estensione e sviluppo, misurando 17 centimetri in lunghezza, per 6 di larghezza. Nella regione ascellare sinistra si è manifestata l' identica alterazione di quella destra, e dove prima appariva una semplice chiazza ruvida, ipercromica bruno-seppia, ora si osserva una vasta ed irregolare superficie fungoide vegetante nel centro, mentre nelle estremità e nelle parti laterali è circondata da estesi tratti di cute infiltrata, scabra, verrucoide, di color grigiastro-bruno, e principalmente nella periferia dalla parte del braccio è delimitata da una macchia di colore bruno-seppia. Misura 18 centim. in lunghezza per 8 in larghezza. [1])

Nel resto non vi è niente di mutato. L' infermo è sempre pusillanime e poco disposto alle cure che si vogliono praticare.

### Trattamenti adoperati.

Prima dell' entrata in Clinica, in vista della rassomiglianza che le lesioni avevano con le forme condilomatose vegetanti sifilitiche, fu sottoposto ad un trattamento ipodermico di sublimato corrosivo, e localmente usò abluzioni con Liquore di Labaraque e con Liquore di Van Swieten e polverizzazioni con Calomelano, ma senza alcun risultato.

---

[1]) Si presentano parecchie tavole ad aquarello color. e diverse fotografie.

Alla sua entrata in Clinica prese bagni saponati, e fece lavande detersive con acido borico, con acido fenico, con sublimato, con permanganato di potassio ed applicazione di pomata all' ittiolo ed al Jodoformio; le quali medicazioni valsero a mantenere la proprietà delle parti, ma non a modificare in modo sensibile lo stato delle lesioni.

Nella seconda permanenza in Clinica nell' anno 1891, previa cloroformizzazione fu all' infermo praticato il completo raschiamento delle superficie vegetanti nella regione inguinale, nelle regioni ascellari e dorsali: le residuali soluzioni di continuo, medicate asetticamente, mostrarono sempre buona granulazione e l'infermo lasciò la Clinica al 2 Giugno 1891 completamente guarito nei punti della regione inguinale e delle regioni ascellari, solo in via di cicatrizzazione rimaneva una chiazza del dorso.

Non è stato più possibile ottenere che l'infermo rientrasse in Clinica nell' anno corrente, ed anzi si è sottratto ad ogni medicazione. Avendo però avuto occasione di rivederlo in questo anno 1892 nel Maggio decorso, ho potuto notare che i comedoni si sono moltiplicati nel volto e nel tronco. Nella conca di ambo le orecchie e nelle regioni retrolobulari si sono verificate delle infiltrazioni simmetriche suppuranti della grandezza di una ciliegia con orifizii diversi, e quelli retrolobulari, che sono le più grandi, si mostrano divise da un solco intermedio, che presenta nel centro una superficie vegetante, da cui vien fuori con un pò di pressione molta secrezione purulenta fetida. Una infiltrazione ascessoide esiste sulla palpebra sinistra e nell' angolo labbiale dello stesso lato con colorito della cute leggermente bluastro. (V. Fotografie.)

La cicatrizzazione si mantiene nelle regioni trattate col cucchiaio, solo in qualche punto incomincia a riapparire qualche piccolo tratto vegetante nella periferia. Però nella regione soprapubica, in parti che prime erano integre, notasi che la lesione va riproducendosi, essendo ricoverta da croste sebacee brunastre, che distaccate lasciano vedere una superficie chiaramente vegetante; e nella plica genito-crurale sinistra si nota una superficie ruvida papillomatosa ipercromica, che nel centro comincia a mostrare dei rilievi quanto un cece di colorito rossastro, quasi preludio di nuova manifestazione identica a quella di destra. (V. Fotografia.)

Nel tronco quà e là riappariscono infiltrazioni papuloidi con eritema iridato alla periferia. Negli arti inferiori lo aspetto della cute si mostra tuttavia scabro-ittiotico.

L'infermo, sempre pusillanime, non permette verun' altra medicazione, e si contenta applicare sulle sedi affette unicamente foglie di lattuga!

Come si nota, il decorso dell' affezione è stato sempre progressivo, e, salvo il trattamento chirurgico, il risultato di ogni altro mezzo curativo è stato nullo.

## Concetto diagnostico.

Dopo avere osservato l'infermo presentato da Besnier e Darier nel passato Congresso internazionale di Parigi, ed in seguito alla cognizione delle osservazioni pubblicate da Thibault-Darier e J. White, non mi fu difficile di ravvisare nel mio caso il quadro complessivo di quell' affezione che è stata considerata dal Darier come Psorospermosi cutanea vegetante. Le manifestazioni cutanee del mio infermo rassomigliano a quelle posteriormente descritte dal Boeck, dal Lustgarten, da Mansuroff, da Schwimmer, potendosi in esse riscontrare i due periodi dell' affezione, cioè l' iniziale o papulo-crostoso ed il vegetante; epperò, se il mio calcolo non falla, tra le osservazioni finora conosciute potrebbe essere questa la quindicesima.[1])

L' esame istologico ha corrisposto nella maggior parte a ciò che è stato osservato dal Darier. Ecco il risultato dell' analisi praticate sui pezzi escisi.

Modo come sono stati trattati i pezzi:

Alcuni vennero fissati nel liquido di Muller ed indurazione successiva nella serie degli alcool; altri vennero indurati nella serie degli alcool, ed alcuni finalmente furono indurati direttamente con l' alcool assoluto.

Quanto alle colorazioni, sia in massa, che sui tagli in serie, i liquidi adoperati furono il litio-carminio, l' ematossilina di Bizzozero e di Sanfelice, ematossilina eotinica, vesuvina etc.

---

[1]) 

| | |
|---|---|
| Lutz | 1 |
| Besnier, Thibault | 1 |
| Hallopeau, Fournier, Darier | 1 |
| White | 2 |
| Weiss, Lustgarten | 1 |
| Bulkley | 1 |
| Morro | 1 |
| Boeck | 5 |
| Mansuroff | 1 |
| De Amicis | 1 |
| | 15 |

Dei pezzetini di tessuto furono eziandio sottoposti all' azione del **Jodo** per 24 ore (Alcool assoluto contenente alcune scaglie di Jodo sublimato) e poscia trattati con l' alcool assoluto semplice per liberarli dall' eccesso del jodo, e colorazione successiva con ematossilina. Imparaffinamento e sezione al microtomo Jung.

Le migliori colorazioni si sono ottenute con le varie ematossiline.

Osservando i preparati a' piccolo ingrandimento notasi immensa proliferazione del corpo mucoso del Malpighi con cheratosi. L' affezione, nei pezzi càduti sotto l' osservazione, non occupa in nessun punto l' apertura dei follicoli sebacei, essa comincia nella maggior parte nei zaffi interpapillari, i quali mandano gittate epiteliali nel derma in cui si scavano a varia profondità seni e lacune rivestite tutte da epitelio. Il derma infiltrato da corpuscoli di granulazione reagisce, mandando alla superficie vegetazioni spesso di notevole lunghezza, rivestite quà e là da denso strato epiteliale. —

Notevole vascolarità in tutto il tessuto. (Si presentano preparati microscopici relativi.)

Percorrendo a maggiore ingrandimento i diversi preparati possono vedersi nelle cellule epiteliali le seguenti modificazioni:

Gli elementi dello strato corneo sono aumentati in modo da formare in alcuni punti grandi ammassi di cellule cornee stratificate senza nucleo, al di sotto di esso lo strato granuloso anche mostra notevole sviluppo con cellule che contengono abbondante quantità di cherato-jalina o eleidina. L' attività maggiore della proliferazione è nel corpo del Malpighi, a livello di questo strato si possono notare gran numero di elementi rotondi od ovoidi, molto rifrangenti e provisti di nucleo, sparsi nel tessuto e spesso in alcuni punti si vedono in un modo strabocchevole. In alcune sedi si può scorgere che sono contenuti in altra cellula epiteliale, ma in altri punti sono perfettamente liberi: non si vedono solo negli strati più superficiali, ma anche nei profondi. Si ripetono in tutte le insenature che forma lo strato epiteliale dentro il tessuto del derma, come anche nel contenuto dei piccoli laghetti cistici che si vedono nella spessezza del tessuto.

Cellule di maggiore grandezza delle ordinarie si notano quà e là, esse presentano nell' interno una o più cellule figlie nucleate con margini rifrangenti in cui si potrebbe rilevare un doppio contorno, e spesso il nucleo della cellula madre vedesi spostato da un lato. In alcuni di questi elementi il nucleo, il che è stato osservato anche nel caso di Lustgarten, ed in un preparato si può anzi osservare un elemento isolato che assume lo forma di luna

crescente, come una pseudo-navicella, con nucleo nel centro, e trovasi in mezzo ad altri elementi che non presentano alcuna speciale modificazione.

E più degno di nota il fatto che mentre una gittata epiteliale dalla periferia si addentra nel tessuto del derma a forma di una striscia sottile lineare, in un dato punto subisce un rigonfiamento a guisa di un' ampolla, e si presenta come una cisti contenente nell' interno varii elementi nucleari e cellule figlie a doppio contorno.

Questo grande rigonfiamento comprime tutte le cellule che lo circondano, le quali si modellano sulla superficie convessa formando delle zone concentriche di cellule appiattite: queste forme rassomigliano è vero quelle già descritte come cellule sferiche, con diverse cellule figlie incluse, in degenerazione jalina, ovvero come cellule giganti sia in cariocinesi e sia in degenerazione jalina, ma che qui non avrebbero alcuna ragione di esistere, e non so se potrebbero essere interpretate come sporo-cisti.

Dopo questo rigonfiamento encistico la gittata epiteliale si restringe di nuovo e segue il suo cammino, approfondendosi nel tessuto del derma, e riproducendo gli stessi fatti sino a formare larghe cavità con pareti rivestite da elementi epiteliali e con un contenuto che risulta da elementi i quali hanno la morfologia sovra notata, cioè elementi rotondi racchiusi in cellule ovvero liberi.

## Considerazioni.

Ora se noi riguardiamo complessivamente il quadro clinico descritto, troviamo che il suo andamento è lento, progressivo e del tutto cronico; che la sua sede anatomica è nell' inizio la zona epiteliale e particolarmente le inflessioni epiteliali del corpo mucoso del Malpighi; la sua lesione anatomica è dapprima una ipercheratosi torpida che diviene poi lentamente irritativa, proliferativa, vegetante, da interessare tutta la spessezza del derma, in cui le gittate epiteliali si scavano seni, lacune e diverticoli in varie direzioni e profondità. Queste infiltrazioni a lungo andare in alcune regioni prendono uno sviluppo così considerevole da formare elevazioni tuberose, masse vegetanti con segrezione di un materiale puriforme, sordido e fetido.

Quale n' è l' elemento patogeno?

Il Darier, come tutti sanno, ha creduto specificarlo in un conidio o psorosperma oviforme, che sarebbe la cagione determinante delle sovrariferite lesioni e sarebbe rappresentato dagli elementi

endocellulari descritti. L'opinione del Darier è molto seducente dal punto di vista della clinica, perchè spiega ed illustra tutto l' andamento del processo, il quale non potrebbe essere compreso se si dà altra considerazione agli elementi patologici che in esso si presentano; epperò io non ho esitato a dare a quest' osservazione il nome di Psorospermosi cutanea vegetante, senza però l' attributo di follicolare.

Ogni clinico deve desiderare che presto spariscano le dubbiezze che esistono intorno alla presenza dei coccidii in questa speciale dermatosi.

Le imperfette conoscenze che finora si hanno intorno a questa classe di organismi inferiori, la mancanza di colorazione speciale che li faccia distinguere da altri elementi a cui si possono rassomigliare, il non essersi, nei casi descritti, osservato uno stadio di sporulazione e l' assenza completa di forme di riproduzione (non siamo in grado di dire qual significazione potrebbe darsi alla forma di pseudo-navicella riscontrata da noi ed alle forme encistiche che si notano nel nostro caso); e dippiù l' essersi riscontrate forme identiche in alterazioni d' indole diversa (acne mollusco, epitelioma, verruca, condiloma acuminato) ha sollevato principalmente l' opposizione di molti istologi, naturalisti e patologi (Borel, Schutz, Cazin, Fabre, Bowen, Buzzi, Boeck etc.), i quali hanno ritenuto che una semplice analogia di forme non sia sufficiente per assegnare a cellule epiteliali la qualità di sporozoarii, e che le modificazioni trovate negli elementi epiteliali debbono essere riferite ad un modo di degenerazione cellulare jalina o a degenerazione vacuolare o idropica della sostanza nucleare, che sembra essere comune nelle lesioni irritative croniche del tessuto cutaneo, già descritte da altri osservatori (Leloir, Cornit, Gaucher etc.).

Per tal modo la questione resta ancora allo studio; e dal punto di vista dell' importanza patologica che si deve accordare agli elementi rinvenuti, come altresì dal punto di vista della loro natura nello stato attuale delle nostre conoscenze, non siamo, come ben dice il Malassez, in diritto più di affermare che di negare.

Non per tanto se si considera che ad un quadro clinico speciale e sempre costante, risponde altresì costantemente la presenza di uno speciale ritrovato microscopico, costituito da elementi che possono rassomigliarsi a coccidii, non si potrebbe disconoscere tra questi due momenti una relazione di causa ed effetto.

A tal proposito non è inutile ricordare che un tempo anche i coccidii negli animali furono successivamente da molti autori

ritenuti dapprima come elementi istologici alterati, finchè poi vennero dal Remak considerati come parassiti e ravvicinati ai psorospermi, e questa nozione è ora una verità fuori ogni contestazione.

Laonde possiamo farci l' augurio che, moltiplicandosi i casi e le ricerche relative, il progresso della scienza faccia sparire le difficoltà che si oppongono alla completa accettazione dell' idea del Darier, e faccia verificare per i coccidii della cute dell' uomo la stessa fase che si è svolta per i psorospermi degli animali.

---

## Herr Török (Budapest):

### Ueber die protozoënartigen Gebilde des Krebses.

Meine Herren!

Bevor ich auf die von Prof. Neisser vorgebrachten Argumente eingehe, muss ich hervorheben, dass mein Standpunkt in der Frage des Epithelioma contagiosum seit der mit Tommasoli publicirten Correspondenz in den »Annales« nicht ein mit demjenigen von Prof. Neisser unvereinbarer ist. Wir haben dort erklärt, dass vorderhand morphologische Gründe, die chemische Untersuchung und der Mangel an Lebenserscheinungen gegen die Annahme sprechen, dass wir es hier mit Lebewesen zu thun haben, dass wir demnach gezwungen sind, anzunehmen, dass wir es mit einer colloïdähnlichen Substanz zu thun hatten, mit welcher die fraglichen Gebilde chemisch übereinstimmen. Wir mussten an dieser Ansicht so lange festhalten, bis es weiteren Untersuchungen gelingt, genügende Gründe für die Annahme zu erbringen, dass wir es trotz der chemischen und morphologischen Differenzen von den bis dorthin bekannten Coccidien mit Coccidien zu thun hätten. Den Weg, welchen weitere Untersuchungen einzuschlagen hätten, haben wir schon in unserer ersten Publication angedeutet. Es ist dies die vergleichende Untersuchung mit anderen Coccidien. Ich selbst war leider an der Ausführung derselben bisher verhindert. Ich habe noch in einer vor kurzem publicirten kritischen Uebersicht erklärt, dass vorderhand nichts für die parasitäre Annahme spreche. Nach Durchsicht der Präparate von Prof. Neisser, in welchen man rund-

liche und ovale Körper »frei«, also nicht in einer granulösen Masse eingebettet, deutlich sieht, ein Bild, wie es mir so deutlich zu sehen bisher nicht geglückt ist, muss ich zugeben, dass hier wohl die Vermuthung aufkommen kann, dass dies vielleicht Sporen sein könnten, wenn nachgewiesen werden kann, dass bei anderen sicheren Psorospermien der Entwicklungsgang ein ähnlicher ist, wie wir ihn bei dem Epithelioma contagiosum sehen. Auf diese vergleichenden Untersuchungen ist also zunächst der Schwerpunkt zu verlegen. Um die homogenen Körper, welche Neisser als Sporen auffasst, sieht man — und dies ist wichtig — keine deutliche Sporencystenwand. Auffällig ist es aber auch, dass, während man in den tiefen Schichten eine grössere Anzahl dieser Körper sehen kann, die Zahl derselben, je höher wir gelangen, abnimmt, was ja auch Prof. Neisser beschreibt, und doch ist die Zelle intact und zwischen den Epithelien kein freies Körperchen zu sehen. Gleichzeitig nehmen die einzelnen Körper an Grösse zu, pressen sich an einander, wobei ihre Grenzen noch lange Zeit sichtbar bleiben. Ist es da nicht naheliegend, an eine Verschmelzung der homogenen Körper der tieferen Lage in der Höhe zu denken? Wären aber dieselben Sporen, dann müsste sich aus denselben zumindest je ein Individuum bilden. Freilich ist es denkbar, dass sich nur ein Theil dieser Sporen weiterentwickelt, man kann jedoch eine Degeneration, Schrumpfung oder Zerfall einzelner Sporen nicht beobachten. Bedenken wir nun, dass an diesen Sporen selbst keine weiteren Veränderungen bisher verfolgt wurden, dass die Bildungsweise der Navicellen nicht beobachtet ist, dass die »Sporencysten« keine deutliche eigene Membran besitzen, so wird es begreiflich, dass man sich der Auffassung dieser Gebilde als Protozoën gegenüber überaus skeptisch verhält. Noch will ich hinzufügen, dass der von Touton beschriebene Kern des Amöboidstadiums von Prof. Neisser in seiner ersten Publication nicht erwähnt wurde. Ich habe denselben nicht gesehen.

Zum Schlusse kann ich nur wiederholen, was wir in der Correspondenz der »Annales« gesagt haben: dass die parasitäre Auffassung gegenwärtig nichts anderes als eine Vermuthung bleibt; ich muss aber hinzusetzen, dass die Befunde, welche zu ihren Gunsten vorgebracht werden, Anlass bieten, eingehendere Studien in der parasitären Richtung zu machen. Ob diese beweisender ausfallen werden, wird uns die Zukunft lehren.

## Herr Ehrmann (Wien):

### Ueber Psorospermosen.

Redner theilt mit, bei der Untersuchung der Epidermis-Wucherungen von Pemphigus vegetans Formen gefunden zu haben, denen ähnlich, welche als Zelleinschlüsse von den verschiedensten Autoren bei Carcinom beschrieben wurden. Dieselben bilden theils echte Perlkugeln, zum Theile sind sie aber, besonders in den oberen Epidermisschichten, dichtgedrängt, an einzelnen Stellen findet man sie zu einer colloïdartigen Masse umgewandelt, in welchem Zustande sie confluiren und unregelmässige Schollen darstellen. Der Vortragende ist mithin geneigt, dieselben als Degenerationsformen zu deuten, die mit der Aetiologie des Carcinom und wohl auch des Pemphigus vegetans nichts zu thun haben. Dagegen hält er mit Neisser an dem Standpunkte fest, dass die von dem genannten Forscher im Epithelioma contagiosum gefundenen Formen wirklich die Erreger desselben sind, wofür ihm unter Anderem auch die klinische Beobachtung spricht, welche lehrt, dass besonders die tieferen Schichten, welche die Sporen tragen, contagiös wirken.

Redner citirt zwei Fälle seiner Beobachtung, welche das registriren. In dem einen Falle handelt es sich um einen Kranken, dessen Genitale vorher gelegentlich einer Blennorrhöe untersucht worden war, so dass allenfalls nur ein Molluscum contagiosum der Beobachtung entgangen sein konnte. Später bekam der Kranke Pediculi pubis, und zwei Monate nachher war die Haut an der Wurzel des Penis und Mons Veneris besät von reihenförmigen, dichtgedrängten Epitheliomata contagiosa, welche Erscheinung Redner dahin deutet, dass ein etwa vorhandenes Molluscum contagiosum mit dem kratzenden Nagel aufgekratzt und durch weiteres Kratzen auf die Haut übertragen wurde. Das Auftreten der Epithel. cont. bei juckenden Hautkrankheiten ist schon früher bekannt gewesen.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um ein vereiterndes Moll. contag. bei einem an Scrophuloderma leidenden Kranken, bei welchem das erstere durch den Verband gerieben wurde, worauf dann mehrere kleinere Moll. contag. entstanden.

Herr Janovsky (Prag):

## Ueber Psorospermose.

Der Vortragende demonstrirt die Photographien eines an seiner linik beobachteten Falles von Psorospermose. Derselbe betraf nen 52jährigen Kutscher, welcher ein halbes Jahr vor dem Ein-itt in die Behandlung die ersten Anfänge seines Leidens be-merkte, und zwar auf der Brust, worauf sofort sich der Process auf len Hodensack ausbreitete. In rascher Folge wurden hierauf Rücken, Achselhöhle, Kniekehle und Unterschenkel ergriffen. Der Status präsens ergab einen ausgedehnten, dem klinischen Bilde von Darier und Wickham vollkommen entsprechenden Process, an welchem hauptsächlich die enorm rasch wachsenden papillären Wucherungen an den Stellen, wo zwei Hautflächen in Contact kamen, namentlich in den Leisten und in der Achselhöhle, bemerkenswerth sind. Am Hodensacke erhoben sich bedeutende papilläre Excrescenzen, und fistulöse Gänge führen in das Unterhautzellgewebe. Die bakteriologische Untersuchung ergab keine Tuberculosebacillen. Interessant war das wechselnde Abnehmen und Zunehmen an einzelnen Stellen. Die histologische Untersuchung ergab (namentlich mit Hilfe zahlreicher Pikrocarmintinctionen) dieselben Ergebnisse wie Boeck's, dessen Ansichten ich mich vollständig anschliesse.

---

## Discussion.

**Schwimmer.** Betreffs einzelner Punkte, die Boeck und dere Herren berührt haben, möchte ich mir auf Grund eines lles einige Worte erlauben, des einzigen, der in Ungarn beob-ltet wurde. In diesem Falle war das Schwitzen, wie dies Boeck be-iders hervorgehoben hat, nicht als ein ätiologisches Moment an-ehmen, weil sich die Affection am Stamme entwickelte, wo sich i Hautflächen nicht berührten. Ich bedaure nur, den Fall, den ege Neisser in Leipzig vorgeführt hat, Ihnen hier nicht demon-n zu können. Die Patientin, die an Psorospermosis nahezu Monate auf meiner Klinik lag, wurde allen möglichen Behand-nethoden unterworfen, doch ohne Erfolg. Namentlich handelte

sich darum, dass die Ohren, deren Introitus vollkommen durch psoro-spermotische Auswüchse und Tumoren bedeckt waren und die Patientin nicht nur nahezu taub machte, sondern ihr auch anhaltend heftige Schmerzen verursachte, von diesen Neubildungen befreit werden. Nachdem die verschiedensten Mittel, Resolventia, sowie Caustica, ohne jeden Erfolg in Gebrauch gezogen waren (weder Pyrogallol noch Lapis wirkte auf diese Gebilde ein), versuchte ich, mit dem Thermocauter das ganze Gebilde, welches den Introitus bedeckte, zu zerstören. Der Versuch gelang und die Knoten hatten sich auf diese Behandlung nicht weiter entwickelt. An anderen Körperstellen, namentlich am Nacken, hatte ich aber damit keine guten Resultate erzielt, indem sich trotzdem immer neue Auswüchse bildeten. Die Patientin, die von dem sie am meisten quälenden Uebel im Ohr sich befreit sah, wünschte nach Hause zu kehren, und wie ich später erfuhr, soll sie an einer Meningitis einige Wochen nach dem Verlassen des Spitals gestorben sein.

## Herr Aubert (Lyon):

### Les corps gras et l'absorption cutanée.

Lorsque des corps gras servant de véhicule à des substances actives et susceptibles de s'y dissoudre sont appliqués sur la peau il y a lieu de distinguer deux modes de pénétration : celle qui se fait par application simple et imbibition lente, sans aucune friction; celle qui s'opère à la suite d'une friction plus ou moins énergique. Les deux modes peuvent du reste se combiner et se combinent souvent dans la pratique lorsque après la friction on laisse les pommades en contact avec la peau.

Ces deux modes sont liés à des propriétés différentes et même opposées des corps gras. La fluidité, j'emploie ce mot à défaut le meilleur est le principal élément de la pénétration simple; la viscosité est le principal agent de la pénétration par friction. J'ai désigné dans mes expériences sous le nom de miscibilité une propriété complexe ou mieux un ensemble de propriétés qui fait que la substance active s'unit au corps gras et s'y dissout et que le corps gras s'unit aux tissus et leur abandonne la substance active. La

bilité est au point de vue de l'absorption aussi utile dans les :ations simples que dans les frictions.

Les expériences au nombre de plus de 250 sur lesquelles asé ce mémoire, dont je ne donnerai ici que les conclusions le détail se résume en une nomenclature de chiffres peu ssants à lire) ont presque toutes été faites en 1887 sur des les adultes et bien portants du reste, en dehors de l'affection ale qui les amenait à l'hôpital. Malgré leur ancienneté ces iences sont presque toutes inédites et des lors n'ont pas perdu nouveauté.

Le type général des expériences a été le suivant:

Pour les applications simples une petite quantité des corps gras uni au sulfate d'atropine dans la proportion de cinq centigrammes pour vingt grammes était placée sur la peau puis recouverte d'une feuille mince de taffetas ciré fixé avec une bande, pour assurer la permanence du contact et éviter l'ablation par les vêtements. Après un temps variable, l'appareil est enlevé, la surface essuyée. On fait courir le malade pour provoquer la sueur, et lorsque celle-ci commence a s'établir on prend l'empreinte sudorale. Partout ou l'atropine a pénétré on a une zone d'arrêt sudoral se traduisant par l'absence d'empreinte, et l'on juge par l'étendue de cette zone de l'intensité de l'effet obtenu. A côté de cette zone et dans tous les points ou l'atropine n'a pas pénétré, on a le pointillé sudoral normal plus ou moins net mais toujours probant établissant que les glandes n'ont pas cessé de fonctionner.

Pour les frictions on peut employer indifférement les pommades à l'atropine ou à la pilocarpine. Dans le premier cas, une fois la friction terminée, on essuye les surfaces, on fait courir le malade et l'on procède comme ci-dessus. Si on a employé la pilocarpine on peut d'emblée prendre l'empreinte sur le malade au repos et l'on a une sudation de toutes les glandes impressionnées par la pilocarpine alors que les glandes voisines ne transpirent pas et ne donnent pas d'empreinte.

J'ai recueilli par centaines des empreintes analogues aux quelques échantillons que je fais passer sous les yeux des membres du congrès et qui pourront leur donner une idée de la précision de la méthode et des résultats qu'elle donne. C'est sur le dépouillement de ces résultats que sont basées les conclusions qui suivent.

## Conclusions.

1° Le moyen le plus précis d'étude des divers points se rattachant à l'absorption cutanée consiste dans l'emploi des alcaloïdes idrotiques ou anidrotiques, suivi de la constatation et de la mesure de leurs effets par la méthode des empreintes sudorales. J'ai employé surtout le sulfate d'atropine et le chlorhydrate de pilocarpine dans la proportion de cinq centigrammes pour le premier et de dix centigrammes pour le deuxième dans vingt grammes de véhicule.

Ce moyen appliqué à l'étude de divers corps gras m'a donné les résultats suivants.

2° Il y a lieu de distinguer les pénétrations par imbibition lente et les pénétrations par friction; ces deux modes exigent des corps gras des qualités en quelque sorte opposées. La fluidité pour l'imbibition lente, la viscosité pour les frictions.

3° Pour les pénétrations lentes, deux heures constituent un minimum rarement atteint et il faut au moins deux heures et demie et pratiquement trois, quatre ou cinq heures pour avoir un résultat.

L'axonge, la moelle de bœuf, la glycérine, le suif même, malgré sa consistance ont donné des pénétrations comparatives plus rapides que la vaseline et le cérat.

La lanoline retarde sur tous les corps gras énoncés ci dessus.

Diverses huiles ont donné des résultats presque pareils entre eux et analogues à ceux de l'axonge; dans une expérience, l'huile de ricin a pénétré plus vite que l'huile d'amandes douces et l'huile de lin cuite plus vite que la crue.

Il ne faut pas attacher à ces différences une trop grande importance, car du moment qu'on emploie un mode lent de pénétration une heure de plus ou de moins ne signifie pas grand chose.

4° Si des divers corps gras la lanoline est celui qui retarde le plus la pénétration dans les applications simples, c'est en revanche celui qui la favorise le plus dans les frictions. Cette supériorité est due à la viscosité de la lanoline qui permet le tiraillement des surfaces pouvant aller jusqu'à l'arrachement des poils et produit ainsi les minuscules effractions où la pénétration s'opère.

5° La viscosité de la lanoline parait due à la présence de la cholestérine car on arrive en mêlant de la cholestérine extraite de calculs biliaires à de l'huile de ricin, à obtenir un corps gras très homogène blanc, ayant tout à fait la consistance de la lanoline et faisant à un égal degré pénétrer les alcaloïdes.

6° J'ai choisi pour ce mélange l'huile de ricin de préférence autres, car cette huile surtout lorsqu'elle est préparée à froid, plus épaisse, plus visqueuse et favorise plus la pénétration par ion que les autres huiles.

7° Etant donné que la viscosité est la propriété qui favorise énétration par friction on peut se demander si l'incorporation des »s gras plus fluides avec diverses substances ne leur donnerait une viscosité leur permettant d'acquérir les propriétés de la »line. On peut se demander aussi si des substances visqueuses ·es que les corps gras ne pourraient pas autant ou même plus la lanoline favoriser les pénétrations par friction.

8° L'huile de ricin épaissie avec de lanoline ou de l'acide borique ₍uiert une certaine viscosité mais reste inférieure; unie au miel proportion égale elle constitue un mélange qui agit aussi bien : la lanoline, et même mieux. Le sirops suffisamment épaissis, les mélanges de miel et de sirops agissent par friction encore is vite que la lanoline mais irritent un peu plus la peau.

9° La viscosité n'est pas la seule propriété qui entre en jeu r des substances très visqueuses comme le savon de térébenthine ı le styrax plus ou moins unis à des corps gras ne donnent que :s pénétrations comparativement faibles. C'est ici qu'intervient la ·opriété que j'appelle miscibilité.

10° Pour que les diverses substances signalées comme efficaces énétrent bien par la friction, il faut que celle-ci soit assez énerique et ait une certaine durée, 5 à 10 minutes. Les frictions faites ıollement ne produisent aucun effet, par contre une friction très nergique peut diminuer le temps nécessaire à la pénétration.

11° Le mélange de la lanoline à un dixième seulement de aseline et surtout d'axonge amoindrit déjà sa viscosité, il l'anihile presque complètement avec une proportion d'un cinquième u d'un quart, et dans ces conditions les frictions à la lanoline ne roduisent pas d'effet sensiblement supérieur à celui des autres corps ras. Le mélange de la lanoline avec l'eau diminue un peu sa visosité, mais dans une faible proportion.

12° La rasure faite avec soin et sans produire par elle même effraction, en supprimant un élément important de traction et e tiraillement de la peau amoindrit sensiblement l'efficacité des ictions.

13° On retrouve là comme dans toute recherche physiologique es différences individuelles notables au point de vue de la facilité

et de la rapidité de pénétration soit pour les applications, soit pour les frictions. Sans parler de la paume des mains qui est très re belle aux pénétrations, les diverses régions du corps d'un même suje présentent aussi des différences très appréciables.

Herr Winternitz (Prag):

### Versuche über Hautabkühlung.

Bei Störung der Wärmeregulation, für welche die Haut als Ort der grössten Wärmeabgabe hervorragend wichtig ist, wirken verhältnismässig geringe Aenderungen der Umgebungswärme in hohem Maasse schädigend ein.

Die Form von Eingriffen, welche das Wärmegleichgewicht stören, kann so verschieden sein, dass Eingriff und Wirkung öfter in einem nicht ohne weiteres verständlichen Zusammenhange stehen. So wirkt kurzes Verweilen von Thieren bei 36—42° und nachheriges in gewöhnlicher Umgebungswärme (Rosenthal, Affanassiew) durch Dilatation und Paralyse der Hautgefässe intensiv abkühlend, elektrische und mechanische Reize (Heidenhain, Winternitz) bewirken durch Blutdrucksteigerung und Beschleunigung des Blutstromes in der Haut eine Herabsetzung der Innentemperatur oder jener entfernter Hautgebiete.

Unmittelbar in ihrem Einflusse verständlich sind morphologische Aenderungen der Hautdecke, namentlich wenn sie die isolirende Pelz- oder Kleiderhülle zum Theil oder ganz ausschalten.

Hier lassen sich die sogenannten Firniss-Versuche anreihe bei denen nach Ueberziehen der Haut mit sogenannten undurchdringlichen Stoffen Veranderungen in Puls, Athmung und psychischem Verhalten der Thiere mit schliesslichem Tod eintrete Wenn ich dabei sofort von der einen gangbaren, durch Ducr Fourcault, Henle, Gerlach, Edenhuizen, Valentin, Lang, N. Sokol gegebenen Erklarung, dass Schädigung der Hautthätigkeit und tention von Stoffen die Ursache bilde, absehe, so geschieht weil völlig unschädliche oder bei Auschaltung der Haut ander leicht ausscheidbare Stoffe, wie: Wasser, Kohlensäure, Phos säure, Magnesia und Ammoniak von diesen Forschern namhaf

ht worden sind, und weil die Gründe, die von anderer Seite eine Einreihung der sogenannten Firniss-Erscheinungen unter Abkühlungs-Phänomene geltend gemacht wurden, nach meinen hrungen durchaus zutreffen.

Laschkewitsch (Rosenthal) constatirte calorimetrisch den grösseren ·meverlust der gefirnissten Thiere, Krieger hat denselben Satz :h physikalische Experimente gestützt, Lomnikowsky hat thermotrisch die örtliche Wärmeabgabe an den gefirnissten Stellen Thierkörpers vergrössert gefunden und nach einfacher Scheerung Firniss-Erscheinungen analoge Krankheitsbilder gesehen.

Bei dieser principiellen Klärung erscheint eine diesfällige ersuchung nur gestattet, weil in neuester Zeit noch immer entheilige Ansichten laut werden, welche theils die exacten ultate der jetzt genannten Forscher negiren (Arnheim), theils der der alten Retentions-Theorie zuneigen (v. Gendre), oder eine ere Anschauung, die von der Erschöpfung der Centralorgane, den Vordergrund stellen (Paschutin, Winogradow, Anfimow), l weil ausserdem ein anscheinender Widerspruch in die Berichte ı den Firniss-Erscheinungen durch die Behauptung getragen rde, dass das Firnissen für den Menschen (Senator) und nach :herigem Scheeren für die Thiere (Ellenberger und Hofmeister) llig oder fast unschädlich sei.

Meine Versuche gingen, nachdem orientirende Versuche mit differenten Firnissstoffen (neutralisirtem Olivenöl, Paraffinum liqu.) .e Gefährlichkeit des Eingriffs ausser Zweifel gestellt hatten, dain, die Bedeutung der Umgebungstemperatur für das Eintreten er Erscheinungen und des Todes zu untersuchen.

Das Resultat war ein klares. Die gefirnissten Thiere gingen

bei 13 und 14° in ungefähr ¾ und 1 Tag
» 17° » » 1½ Tagen
» 19 » 20° » » 2¾ » 3 »

u Grunde. Zwei Thiere bei 30 und 33°, im geräumigen Wärmchranke gehalten, lebten 5 und 10 Tage; das erste verendete am ·. Tage durch äussere Zufälle (Hunger, ungenügende Lüftung in iner Fesselvorrichtung, Hypostase); das zweite war am 10. Tage öllig munter, wurde getödtet und in seinen Organen gesund beunden.

Die zweite Versuchsreihe, noch vor Kenntnis der analogen, on Lomikovsky unternommenen angestellt, ging von dem Umstande us, dass beim Thiere durch Verklebung der Haare die Hautober-

fläche zu einem grossen Theile entblösst erscheint. Dies legte den Gedanken nahe, die Entblössung als Componente der Firnissversuche für sich zu untersuchen.

Die Erscheinungen traten denn auch bei einfacher kurzer Scheerung in analoger Weise wie beim Firnissen ein, wobei nicht einmal eine besonders niedere Aussentemperatur, wie in den Versuchen Lomikovsky's (13°), nöthig war; bei 15—17° gingen die Thiere in ungefähr derselben Zeit wie die gefirnissten zugrunde.

Diese Analogie und der Umstand, dass nur Abkühlung die Krankheits- und Todesursache in den Scheerversuchen sein kann, stellen also die Erklärung des Firnissens als einer Form von Kälteapplication ausser Zweifel.

Als Hauptursache der gesteigerten Wärmeabgabe bei den Firnissversuchen kann schon die bei einfacher Entblössung durch Scheeren, als dem allgemeineren Falle, nothwendig eintretende Steigerung der Wärmestrahlung und -Fluxion, d. i. Wärmeabgabe an bewegte Luftschichten, angesehen werden.

Die Experimente stellen somit die plötzliche Versetzung der Thiere (resp. fictionsweise des Menschen) aus einer Temperatur von 24—30°, d. i. der Wärme des Pelzes oder der Kleider (Pettenkofer) und unbewegter Luft, in eine dauernde Umgebungswärme von 13—20° (also im Mittel $16^1/_2{}^0$) und bewegte Luft dar, also eine Temperatur, die beispielsweise schon für den entblössten Menschen für eine einzuhaltende Constanz seiner Eigentemperatur nach Senator als zu niedrig und noch ungünstiger für die höher temperirten kleinen Thiere anzusehen ist.

Begünstigend für die Wärmeabgabe sind beim Firnissen und Scheeren die mechanische Reizung des Eingriffes, weiters bei reizenden Firnissstoffen die chemische Beschaffenheit (Terpentin, Theer), durch welche Hyperämien und Entzündungen der Haut auftreten können; doch ist die von Laschkewitsch als nothwendig hervorgehobene Dilatation keine Cardinalerscheinung, da sie nach meinen Versuchen am paraffinirten Kaninchenohr sich nicht findet und sich ebensowenig wie die von dem genannten Autor angegebene locale Wärmesteigerung mit jenem rapiden, von Ellenberger und Hofmeister constatirten Temperaturabfall an der gefirnissten Partie von Versuchsthieren verträgt.

Wärmeverlust bedingt weiters die Verdunstung wasserlöslicher Firnisse, wie Gummi, Leim, Gelatine; die nach Unna bei Gelatine und Collodium stattfindende Steigerung des wässerigen Hautsecrets kann bloss als Specialfall gelten, da beispielsweise bei fettartigen Fir-

nissen die Wasserverdunstung gehemmt, aber trotzdem die Abkühlung nicht hintangehalten wird.

Als für den Ausgang des Versuches entscheidendes Moment ist die Reaction des Organismus, resp. das Verhalten des Stoffwechsels anzusehen. Von seiner jeweiligen Grösse hängt das Bild der einzelnen Stadien der Firnissung und Scheerung ab, wie es je nach der benützten Versuchsperiode in der Ungleichheit der Resultate verlässlicher Forscher zu Tage tritt.

So resultirt im ersten Stadium, wo der Stoffwechsel gegenüber den Wärmeverlusten aufkommen kann, als sinnfälligstes Symptom neben hoher Hautwärme eine im Ganzen stärkere Wärmeabgabe, wie Laschkewitsch am gefirnissten, Laulanié am geschorenen Thiere zeigen konnten. (Auf eine mitunter zu beobachtende Steigerung der Rectaltemperatur (Sokoloff, Laschkewitsch, Lomikovsky) will ich nicht eingehen, da mir zur Entscheidung der an sie geknüpften Discussion, ob sie als Ausdruck gesteigerten Stoffwechsels im Sinne von Liebermeister, Pflüger, Quinquaud einerseits oder einer durch äussere Reize geänderten Wärmevertheilung — Senator, Winternitz — anzusehen ist, eigene Untersuchungen fehlen.)

Im zweiten Stadium, wo (durch das erkaltete Blut Narkose an den centralen Organen ausgelöst wird, die sich in einer eigenthümlichen Ruhe und Somnolenz des Thieres äussert, und durch die immer weiter vorschreitende Einstellung der Muskelthätigkeit) der Stoffwechsel und die Wärmeproduction herabsinken, wird die Wärmeabgabe von der Haut des Thieres eine absolut geringere als beim normalen Thiere, weil eben vom Centrum gegen die Peripherie keine Wärme nachgeliefert wird.

Für dieses Stadium hat Valentin Verringerung der O-Aufnahme und $CO_2$-Abgabe nachgewiesen, und habe ich das allgemeine Bild der Abkühlung und des Kältetodes vermittelst einer Reihe kymographischer Aufzeichnungen fixirt, die einen mässig gesunkenen (aber noch immer recht hohen, durch Contraction der Hautarterien bedingten) Blutdruck, eine verringerte Frequenz des Pulses (der bis zu seinem Erlöschen merkwürdig hohe Excursionen bietet), eine directe Beeinflussung des Herzens durch das erkaltete Blut und das frühzeitige endgiltige Erlahmen der Respirationsthätigkeit als eigentliche Todesursache lehren, also Symptome, die von Claude Bernard, Walther, Cyon, Horvath zum Theile als terminale Kälteerscheinungen dargelegt worden sind.

Die Albuminurie, welche Firniss- und geschorene Thiere häufig zeigen, und der Sectionsbefund liessen vermuthen, dass der gestörten Function anatomische Läsionen parallel laufen. Von Lomikovsky wurde gezeigt, dass diese letzteren nach einfachem Scheeren ebenfalls vorhanden sind, sich somit durch Kältewirkung erklären lassen.

Auch Lassar hat bei Erkältung, die er durch wiederholtes, über Wochen fortgesetztes Uebergiessen von Thieren mit kaltem Wasser erzeugte, entzündliche Veränderungen, namentlich an Lungen und Nieren, nachweisen können.

Dahin gerichtete Untersuchungen haben auch mir, wenn auch nicht regelmässig, Veränderungen ergeben. Ausser der allen inneren Organen eigenthümlichen Blutüberfüllung fanden sich Lungenblutungen, jedoch ohne entzündliche Erscheinungen des Parenchyms. Die Nieren mehrerer (geschorener) Thiere zeigten an ziemlich ausgedehnten Partien, namentlich innerhalb des Marks, trübe Beschaffenheit der Epithelien, Verwischung der Zellgrenzen, schlechte Färbbarkeit der Kerne bis zu völligem Kernschwunde und einem förmlichen Ausfall ganzer Zellen und Zellcomplexe.

Wenn die Hyperämie der inneren Organe aus der durch die Contraction der Hautgefässe hervorgerufenen Verdrängung des Blutes nach innen, wenn sich die Blutungen aus dieser Blutfüllung und der allmählich eintretenden Herzschwäche erklären, so kann man für die parenchymatösen Veränderungen der Nieren eine qualitativ oder quantitativ abnorme Ernährung mit consecutiver theilweiser Zell- und Kernnekrose verantwortlich machen. Diese letztere wird umso eher erfolgen, je empfindlicher gegen äussere Einflüsse die Nierenepithelien sind, wie wir dies aus den Durchblutungsversuchen v. Schröder's und aus den Versuchen von Kraus über aseptisch bei Körperwärme aufbewahrte Organe wissen, bei welchen letzteren gerade die Nierenepithelien sehr frühzeitig die Zeichen des Kernzerfalles zeigten. Diese relativ grosse Vulnerabilität der Nierenepithelien kann das frühzeitige Auftreten von Albuminurie (und Nierenveränderungen) beim durchkälteten Thiere ausreichend erklären.

Hingegen sind die beobachteten anatomischen Veränderungen nicht entfernt im Stande, den Eintritt des Todes zu erklären. Dieser erfolgt, wie erwähnt, unabhängig von ihnen durch Athemstillstand. Ob nicht beim erkälteten und dann wieder erwärmten Thiere sich Organveränderungen entwickeln, welche Todesursache

werden können, wie aus den Versuchen Lassar's hervorgeht, soll hier nicht weiter untersucht werden.

Ergibt sich somit die Gefährlichkeit der Firniss- und Scheerversuche als Folge einer allgemeinen Hautabkühlung und Durchkältung für kleine Thiere, namentlich für niedrige Aussen-Temperaturen, so ist der Grund ihrer geringeren Gefährlichkeit, respective Gefahrlosigkeit für höhere Umgebungstemperaturen im Allgemeinen und für grössere Thiere und den Menschen im Besonderen leicht darzulegen. Kommt doch für beide letzteren das zu Gunsten einer geringeren Wärmeabgabe geänderte Verhältnis von Körperoberfläche und Körperinhalt (Bergmann, Dulong, Petit, Rubner) und die jeweilig beträchtliche Entwicklung des Haut- und Unterhautfettes mit seinem Vermögen, die Wärmedurchlässigkeit und -Abgabe sehr zu vermindern (Klug), in Betracht.

Dass trotzdem für grössere Thiere die Versuche manchmal lebensgefährlich sind, zeigen ältere und neuere Erfahrungen (Edenhuizen, Gerlach, Ellenberger und Hofmeister). Und wenn somit der Mensch eine scheinbar bevorzugte Stellung einnimmt, so dankt er dies (neben den früher genannten, zu seinen Gunsten wirkenden Verhältnissen der Grösse und der Fettentwicklung) namentlich dem Umstande, dass der (im Thierexperimente) gefährlichste Factor, die Entblössung (und die mit ihr nothwendig verbundene Abkühlung), bei Versuchen an ihm vermieden (Senator) oder auf kleine Partien oder kleine Zeiträume beschränkt worden ist (Arnheim).

Die Wissenschaft, und sagen wir die Dermatologie, wird, um mit Senator zu sprechen, auch in der Zukunft zu therapeutischen Zwecken weiter firnissen, ohne sich, wie ich gezeigt, um die Gefährlichkeit des Eingriffes mit Rücksicht einer zu befürchtenden Abkühlung kümmern zu müssen, ebenso wie sie die Firnissung zum Zwecke der Herabsetzung der Körpertemperatur wird entbehren können, da sie hiezu bequemere und sicherere Mittel besitzt. Sie wird sich vielmehr bei ausgedehnter Application der Stoffe von der Beschaffenheit der Haut und der Möglichkeit, dass Hautläsionen toxischen Stoffen Resorption gestatten, leiten lassen, wie warnend aus dem Lassar'schen Falle der Petroleumeinreibung, aus der Carbolintoxicat nach ausgedehnten Theereinreibungen und den zu befürchtenden Nierenreizungen nach ausgedehntem Terpentingebrauch hervorgeht.

Herr Soffiantini (Pavia):

## Thérapeutique Dermatologique.

Messieurs!

Si le titre de cette très-courte communication peut sembler du premier abord embrasser une grande extension, je m'empresse tout de suit de déclarer à vous qu'elle a rapport à un genre de traitement tout à fait spécial dans les disciplines dermatologiques, c'est à dire dans le traitement de quelques dermatoses moyennant les eaux thérmo-minérales. Pour restreindre et spécialiser encore plus notre argument nous dirons de l'action qui excercent sur quelques dermatoses les causes thérmales acidules salines ferrugineuses arsenicales avec lithine de Acquarossa (Vallée de Blenio, Suisse).

Et déclarons en plus que nous sommes bien loin de vouloir dans cette solenelle occasion faire ici de la réclame, n'importe la quelle aux sur-dites eaux thermales. Nous avons pleine conscience du respect et de la haute considération dus à cet Congrès, et de cette ville qui est entre les premières du monde civilisé dans l'étude des disciplines dermatologiques; et d'ailleurs nos observations cliniques content déjà une période de huit années, et curent dans leur plus grande partie le contrôle consciencieux et savant de notre illustre Maitre le Professeur Auge Scarenzio de Pavie. Et il fa[illegible] y ajouter en plus les attestations des plus distingués entre e[illegible] confrères italiens et suisses entre lesquelles qu'il me soit perm[illegible] de mentionner le savant confrère A. Bertarelli, qui est ici avec no[illegible]

Le compte-rendu ci joint des traitements effectués à Acq[illegible] rossa vaudra, j'espère, à fixer votre attention sur la éfficacité de[illegible] eaux arsenicales-ferrugineuses.

Ft voilà le compte-rendu:

| | |
|---|---|
| Acné rosée . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| Dermatite exfoliative aux mains et aux pieds . . . . . . | |
| » diffuse . . . . . . . . . . . . . . . . . | |
| » serpigineuse au thorax et aux jambes . . . . . | 1 |
| » pustuleuse . . . . . . . . . . . . . . . . | 6 |
| Ecthyma . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Eczème fossuraire au paume des mains . . . . . . . . | 5 |
| transport . . | 20 |

| | |
|---|---:|
| transport . . | 20 |
| ...èma du scrotum . . . . . . . . . . . . . . . . | 12 |
| » du pavillon des oreilles et rhine pharingite catarrhale | 1 |
| » diffus . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » herpétiforme . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » impétigineux . . . . . . . . . . . . . . | 5 |
| » lichénoide . . . . . . . . . . . . . . | 4 |
| » polaire . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| » rubrum . . . . . . . . . . . . . . | 6 |
| » synameux . . . . . . . . . . . . . . | 19 |
| Furonculose . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| Herpes aux jambes. . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » préputial . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| » labial . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Impétigo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » syphilitique . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Hyperidrose . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Leontiasis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Lichen plan . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| » syphilitique aux dos des mains . . . . . . . . | 1 |
| Lupus serpigineux . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Mixœdema . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Urticaire chronique . . . . . . . . . . . . . . . . | 5 |
| Pemphigus . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Pityriasis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5 |
| » des membres . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| » du cuir chevelu . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » rubra . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Porrigo decalvans . . . . . . . . . . . . . . . . | 3 |
| Prurigo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| Prurit anale . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| » senile . . . . . . . . . . . . . . . . . | 7 |
| Psoriasis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 8 |
| » linguale . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » et orale . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| » palmaire et plantaire . . . . . . . . . . . | 1 |
| » ungueale . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| Scrofulose . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5 |
| Syphilis cutanée . . . . . . . . . . . . . . . . | 4 |
| Vitiligo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 3 |
| | 139 |

Trop long serait, si je voulais faire l'histoire de chaque cas, nous trouvant devant à une somme de 139 observations, et en plus sa place ne serait pas ici.

J'abuserai trop de votre bienveillante attention; mais au moins il me soit concédé de dire quelques paroles sur les cas importants qui eut été traité presque radicalement avec les dites eaux. L'usage desquelles, il faut le dire en passant, est double : traitement intérieur et traitement extérieur ou par les bains.

Les cas le plus réfractaires au méthodes ordinaires de traitement sont ceux qui plusieurs fois trouvent leur guérison dans cet traitement. Ici nous trouvons plusieurs catégories d'eczémas, d'autre part les dermatites exfoliatives, les cas de pemphigus, de prurigo, de scrofulose, de syphilis cutanée lesquelles toutes moyennent un traitement convenablement prolongé retrouvèrent leur complète guérison.

Il vaut la peine, je m'arrête un peu, pour vous exposer de courtes considérations sur la durée de ce traitement thérmo-minérale. Chacun de vous sait qu'en matière hydrologique, il faut nettement séparer la catégorie de ces affections pour lesquelles le traitement hydro-thérapeutique froid, est tout à fait indiqué, de celles qui réclament un traitement thermale. Si toutefois les principes médicamenteux qui entrent dans la composition des eaux thérmales contiennent aussi des principes arsénicaux, d'une façon toute spécia[le] devra être dirigé le traitement, et conformement aux ecrémen[ts] élémentaires de la thérapeutique. Se constate que les eaux [d'] Aquarossa par leur température (26° C.) sont thérmales, par le[ur] nature chimique elles sont minérales, acidules, salines, ferrugineu[ses] et arsénicales avec lithine. C'est leur température, et plus enc[ore] leur composition chimique qui nous a indiqué, s'il m'est per[mis] l'expression, la ligne thérapeutique de conduit, que par moi t[out] à fait nouveau dans ce genre d'étude, a été inauguré à Acq[ua]rossa en 1885; et je eu le confort de la voir après approu[vé] à Paris par le second Congrès international d'Hydrologie et d[e] Climatologie en 1889, et rivée l'année dernière à Turin par les professeurs Palma, Franchini, Battaglia et par beaucoup d'autres honorables champions de la hydrologie internationale.

En quoi consiste-elle cette conduite de traitement? D'une part dans la durée qui doit avoir le bain, et dans la température relative, d'autre part dans la durée totale du traitement classique. Glissant sur les premiers éléments de notre proposition, arrêtons nous un peu sur le dernier, c'est-à-dire sur celui qui a rapport à

la durée totale du traitement thermale. Nous avons déjà touché à la composition chimique des eaux, et spécialement à l'élément arsénic; et comme cette composition, a fait naître en nous l'idée de la durée et des moyens par lesquelles le traitement doit être fait. Or connaissant d'une part les propriétés thérapeutiques des arsénicaux, d'autre part préscrivant catégoriquement dans la plus-part de cas d'affections cutanées un traitement prolongé de plusieurs mois, en résortait que le traitement doit être reglé par des instructions et préscriptions convenables.

C'est dans cet ordre de considérations que l'eau pour l'usage intérieur est prise quand l'estomac se trouve en bonnes conditions. On commence par des petites quantités qui varient d'un demi verre augmentant par dégrés jusqu'à satisfaction peu avant les repas ou pendant les mêmes, et versée avec du vin. Mais soit que l'eau est prise comme boisson, soit administrée par bain, après dix ou douze ou tout au plus quinze jours nous préscrivont un bref deleit de répos, qui varie de deux à quatre jours. Le traitement est après répris avec plus d'entraînement et avec le meilleur résultat. C'est avec ces donnés scientifico-pratiques qui sont de plus en plus confirmés par l'expérience et par les observations chimiques sous prévention que l'établissement thérmal de Acquarossa atteignit en peu de temps un développement et une renommée telle à être enviée par les plus anciennes et les plus célèbres etablissement du même genre.

Nous ne voulons pas nous développer ultérieurement sur l'action intime de ces eaux, ni sur les puissants modifications dont elles favorisent le système cutané, ni non plus sur leur action eminémment rétablissant; d'autres en ont parlé plusieurs fois et d'autres auteurs, entre lesquelles il me plaît vous signaler le Prof. Scarenzio,[1] ainsi que le sous-signé rélateur. Enfin nous ne pouvons pas omettre de rappeler la grande efficacité que dans quelques dermatoses ont aussi les boues d'Acquarossa très riches en arsénic (gr. 2·0486 sur 1000 gr. de limon sech pur).

[1] Scarenzio A. L'état actuel des Thermes de Acquarossa, Conférence du 7 Août 1887, au nouvelle Etablissement des Thermes de Acquarossa. Suisse, Bellinzona 1887.

## VIERTER TAG. — DONNERSTAG 8. SEPTEMBER 1892.

### VII. Sitzung.

1. **Principien der Gonorrhöe-Behandlung.** Von Prof. Neisser.
   Discussion: Ehrmann, Lang, Welander, Grünfeld, Finger, van Hoorn, Janowsky, Staub, Lewin, Grünfeld, Barlow, Neisser (Schlusswort).
2. **Beitrag zur Lehre von der Gonorrhöe des Weibes.** Von Dr. Herzfeld.
   Discussion: Wertheim, Pick, Schauta.
3. **Contribuzione all' istologia patologica, etiologia e patogenesi del condiloma acuminato.** Von Ducrey und Oro.

### VIII. Sitzung.

1. **Ueber Lupus erythematosus.** Von Dr. Malcolm Morris.
2. **Ueber Lupus erythematosus.** Von Dr. Th. Veiel.
3. **Note sur un cas de Lupus érythémateux généralisé (avec nécropsie et études histologiques).** Von Dr. Petrini.
   Discussion: Brocq, Boeck, Crocker, Rosenthal, Kopp, Hallopeau, Schiff, Jamieson.
4. **Sur l'ulcus rodens.** Von Dubreuilh.
5. **La coltura del bacillo della lepra.** Von Dr. Ducrey.



## *VII. Sitzung. — 9 Uhr Vormittags.*

**Vorsitzender: Vidal.**

Herr Neisser (Breslau):

### Principien der Gonorrhöe-Behandlung.

Meine Herren!

Ich habe mir erlaubt, die wesentlichsten Punkte, die ich in meinem heutigen Referat vertreten möchte, gedruckt in Ihre Hände zu legen. Ich glaube demgemäss in Ihrem Sinne zu handeln, wenn ich vorderhand auf eine ausführliche Darlegung verzichte und nur am Schlusse der Discussion, für welche nun auch eine viel grössere Zeit zur Verfügung steht, auf diejenigen Punkte, welche vielleicht strittig erscheinen könnten, näher eingehe.

### Thesen.

I.

Die Verbreitung und die Bedeutung der gonorrhöischen Erkrankungen beim männlichen und besonders beim weiblichen Geschlechte ist eine so grosse, dass mit allen Mitteln dafür zu sorgen ist, eine rationelle Behandlung zum Gemeingut aller Aerzte — nicht nur der Specialisten — zu machen und für eine rationelle Prophylaxe -- nicht nur der Syphilis gegenüber — in den sanitätspolizeilichen Instructionen zu sorgen.

II.

Die Basis aller prophylaktischen und therapeutischen Massnahmen ist die Anerkennung der Gonococcen als Ursache der gonorrhöischen Infection und die Möglichkeit, in jedem Stadium der Erkrankung das Vorhandensein und den Sitz der Krankheit festzustellen.

Diese Diagnose ist in vielen acuten, in *allen* subacuten und chronischen Fällen *ohne mikroskopische Prüfung* der Schleimhaut-Absonderungen auf Anwesenheit von Gonococcen *unmöglich*. Die makroskopische Besichtigung *allein* ist, namentlich bei Frauen, *völlig werthlos*.

Die Untersuchung auf Gonococcen wird sich für die Mehrzahl der Fälle auf die *mikroskopische* Untersuchung beschränken müssen. Dieselbe ermöglicht, genügend häufig ausgeführt, *fast immer* eine sichere Diagnose. Das Culturverfahren wird für seltenere Fälle reservirt bleiben.

III.

Die Gefahr der Gonorrhöe besteht darin,

1. dass das gonorrhöische Virus und die von ihm hervorgerufenen Krankheitsprocesse nicht auf der ursprünglich inficirten Schleimhautstelle localisirt bleiben, sondern
   a) beim Manne die für die Therapie schwerer zugängliche Urethra posterior und von da aus die Funiculi spermat. und Nebenhoden (Gefahr der Azoospermie) befallen werden und Complicationen seitens der Prostata, Blase etc. auftreten können,
   b) beim Weibe Uterus, Tuben, Eierstöcke und die umhüllenden Peritonealblätter in Mitleidenschaft gezogen werden;
2. dass das gonorrhöische Virus in den späteren Stadien in die tieferen Epithellagen sich ausbreitet.

Durch die Ausbreitung nach beiden Richtungen, in die Fläche wie in die Tiefe, wird bewirkt, dass sich das Virus monate- und jahrelang an schwer oder nicht zugänglichen Stellen halten, d. h. eine *chronische Infectionsquelle* bilden kann.

Also *nur in den ersten Stadien* befindet sich das Virus an so zugänglichen Orten (beim Manne Urethra anterior, beim Weibe Urethra und Cervix) und in so oberflächlichen Epithellagen, dass es leicht, und beim Manne vom Patienten selbst (wichtig wegen der ungeheueren Ausbreitung der Krankheit) behandelt werden kann.

*Die Therapie der Gonorrhöe soll also erreichen, dass aus der Urethritis anter. nicht eine Urethr. poster., dass aus der Gonorrh. acuta nicht eine Gonorrh. chronica werde. Ihr Beginn soll demnach möglichst früh nach der Infection, aber nur unter folgenden Voraussetzungen stattfinden:*

IV.

Es dürfen nur solche Medicamente angewendet werden, welche

a) Gonococcen tödten,
b) die Entzündung möglichst wenig steigern,
c) die Schleimhaut selbst nicht lädiren.

Argentum 1 : 4000—1 : 2000.
Ammon. sulfo-ichthyolic. 1 : 100.
Schwache Rotter'sche (carbol- und sublimatfreie) Pastillen, 1 Pastille: 259·0 Aq.
Sublimat 1 : 30·000—1 : 20·000.

Ungeeignete Mittel sind:

Nur adstringirende Medicamente (in diesem Falle Gefahr der Gonococcen-Verschleppung durch die Injection).

Gefährlich sind (im Frühstadium):

Aetzende Solutionen von sehr starker Concentration (Gefahr der Stricturenbildung); ferner die meisten mechanischen Behandlungsmethoden, wie Endoskopiren, Bougiren.

V.

Als beste Methode der (frühzeitigen, antibakteriellen) Behandlung ist anzusehen die häufige Irrigation der Urethra, um möglichst alle Partien der stark gefalteten Urethralschleimhaut zu behandeln.

Beim Manne wird aus praktischen Gründen — wegen der kolossalen Verbreitung der Krankheit — meist die Irrigation durch gut ausgeführte Injectionen mit grosser und gut construirter Spritze ersetzt werden müssen.

Beim Weibe werden mechanische Methoden (Auswischen der Urethra und der Cervix) neben Spülungen und Injectionen anzuwenden sein.

Die Therapie mit internen Mitteln halte ich für überflüssig.

Alle allgemein hygienischen, diätetischen, sowie alle localantiphlogistischen Massnahmen sind nützlich und soweit als möglich durchzuführen.

VI.

Bei allen nicht ganz acuten Fällen ist immer wieder festzustellen, ob bereits eine Urethritis posterior besteht und in dem Secret derselben Gonococcen nachzuweisen sind.

Nur in letzterem Falle ist auch diese frühzeitige Urethritis posterior local zu behandeln.

VII.

Die Dauer der Behandlung ist nicht nach dem oft besonders schnell eintretenden momentanen Erfolge abzumessen; sie muss meist sehr lange — wenn auch sehr milde — fortgesetzt werden.

Nicht Schnelligkeit, sondern Sicherheit des Erfolges ist das wesentlichste Ziel unserer Therapie.

VIII.

Die Behandlung der sogenannten »chronischen Gonorrhoe« bei Mann und Frau hat zur Voraussetzung die Entscheidung, ob dieselbe wirklich gonorrhöisch-infectiös oder nicht gonorrhöisch ist.

IX.

Besteht (beim Manne) noch gonorrhöisches Virus im Secret der Urethra anterior oder Urethra posterior, so ist dessen Vernichtung am besten durch Irrigationen oder Guyon'sche Instillationen anzustreben.

Ist die chronische Urethritis sicher nicht mehr gonorrhöischen Charakters, so hängt es von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Mucosa und Submucosa ab, ob und welche Behandlung einzuleiten sei.

In den meisten Fällen handelt es sich um so unbedeutende Processe, dass ich höchstens Irrigationen oder Instillationen empfehle, gewöhnlich aber von weiterer Behandlung überhaupt abrathe.

Tiefere Schleimhaut-Veränderungen müssen bestimmt localisirt werden (Sonden, Endoskopie) und bedürfen energischerer Behandlung (Dilatation, Massage, Aetzungen etc.).

X.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhöe ist weit schwieriger als die der männlichen.

Ohne fortwährende mikroskopische Secretuntersuchung ist eine Beurtheilung des therapeutischen Erfolges unmöglich.

Die Behandlung der frischen Urethral- und Cervical-Gonorrhöe
:t möglichst zeitig und umso energischer vorzunehmen, da die
nst sich anschliessenden Uterin-, Tuben-, Ovarial-, Peritoneal-
fection nur mit äusserster Mühe und wenig Aussicht auf Erfolg
ehandelt werden kann. Sehr häufig sind eingreifende Operationen
as einzige Heilmittel.

XI.

Dem häufigen Vorkommen und der Behandlung der Rectal-
onorrhöe ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher,
a die gonorrhöische Rectal-Infection den Ausgangspunkt für viele
er chronischen Rectal-Ulcera zu bilden scheint.

## Discussion.

**Ehrmann** (Wien) theilt Versuche mit, welche beweisen, dass es Trippercomplicationen gibt, die nicht durch den Gonococcus, sondern durch Mischinfection entstehen.

Vortragender übertrug zweimal den Eiter aus einem uneröffneten Periurethralabscesse, der mit sterilisirter Spritze ausgesogen war, auf einen Schleimhautbindsack von 2 cm Länge, der bei einem gesunden hochgradigen Hypospadaeus an der Spitze der Glans vorhanden war, nachdem er zum Schutze in dem einen Versuche den geimpften Hohlgang mit Englischpflaster verschloss, in dem zweiten die Harnröhre, und sie nur bei jedesmaligem Harnen frei liess. Es zeigte sich nun bei der ersten Uebertragung gar kein Effect im Blindsack des gesunden Individuums, im zweiten Falle war nur eine kleine folliculäre Eiterung, die in drei bis vier Tagen heilte.

Da nun Vortragender die Erfahrung gemacht hatte, dass das Ichthyol folliculäre Eiterungsproesse zum Stillstande bringe, indem es die pyogenen Coccen entweder abtödte oder unwirksam mache, beschloss er, Versuche bei Trippercomplicationen damit anzustellen.

Besonders vermochten ihn dazu die überaus günstigen Resultate, welche er dadurch erhielt, dass er eine 20procentige Lösung von Ichthyol bei Sykosiskranken auf dem Wege der elektrischen Diffusion in den folliculären Apparat einpresste. Während durch Pyoktanin nur vorübergehende Resultate erzielt wurden, waren die durch Ichthyol erzielten dauernd. Hauptsächlich wurde Ichthyol bei Periurethralen Abscessen und Infiltrationen angewendet, theils in Form einer 20procentigen Salbe energisch in die intacte Abscess-

decke eingerieben oder es wurden vorher Scarificationen in die Abcess-decke ausgeführt. Des Weiteren wurden bei periurethralen, noch nicht vereiterten Infiltrationen parenchymatöse Injectionen vorgenommen, indem man einige Tropfen einer 5—10procentigen Lösung unter die Haut in das Infiltrat injicirte.

Bei Prostatitiden verwendete Redner Suppositorien, dann tiefe Irrigation mit 10procentiger Lösung durch den Mastdarm und hatte in den meisten Fällen rasches Schwinden der Prostata-Schwellung beobachtet.

Bei Eiterungen der paraurethralen Gänge wurde eine 10procentige Lösung von Ammon. sulf. ichthyolicum mittelst einer Annel'schen Spritze eingespritzt und es gelang in zwei Fällen jahrelang andauernde Eiterungen zum Schwinden zu bringen.

Da nun, wie eine vorliegende Mittheilung von Jadassohn zeigt, solche Processe, die durch echte Gonococcen erzeugt werden, durch Ichthyol zum Schwinden gebracht werden, so ist die ausgedehnteste Anwendung der Ichthyol-Präparate in der Blennorhöe-Therapie zu empfehlen.

**Lang**: Ich glaube, dass die Thesen Neisser's von der ersten bis zur letzten von Jedem unterschrieben werden können. Zur Therapie will ich mir nur erlauben mitzutheilen, dass ich in subacuten und chronischen, aber auch in acuten Fällen von Tubuli elastici guten Erfolg gesehen habe; es sind das gewöhnliche Kautschukröhrchen, mit einer gelatinösen Masse überzogen, die das gewünschte Medicament enthält. Die Warnung Neisser's vor concentrirten Lösungen müsste für den Fall, als Welander's Verfahren der Abortivbehandlung sich Anerkennung verschafft, entsprechende Einschränkung erfahren. Die Therapie mit inneren Mitteln dürfte kaum überflüssig sein; diese Forderung Neisser's steht aber auch im Widerspruche mit einer anderen, nach welcher hygienische, diätetische und antiphlogistische empfohlen werden, weil die inneren Mittel hiebei unterstützend wirken.

Mit Ausnahme dieser wenigen Abweichungen stimme ich, wie gesagt, mit Neisser vollkommen überein und möchte auch ich auf die Rectal-Gonorrhöen besonders aufmerksam machen, die meiner Ueberzeugung nach viel häufiger zu Stricturen und Ulcerationen des Mastdarmes Anlass geben, als man allgemein annimmt.

**Welander**: Ich bitte, einige Worte über die Abortivbehandlung der Gonorrhöe anführen zu dürfen, welche Behandlung ich schon 1883 auf Grund meiner in jenem Jahre ausgeführten Gono-

ıpislösung (2—3 Procent), welche einige Minuten zurück- wird. Wenn es erforderlich ist, wird am Tage darauf : Einspritzung gemacht.

nun eine solche Abortivbehandlung berechtigt? Ja, wenn ohne Gefahr und wirkliches Unbehagen für den Patienten ı lässt, und wenn man Aussicht hat, mittelst derselben den coupiren zu können.

einer ziemlich bedeutenden Anzahl von Fällen habe ich ›ortivbehandlung versucht. Nicht ein einziges Mal ist die : Gefahr für den Patienten daraus entstanden; Unbehagen ıat sich zwar insofern eingestellt, als er 1—2 Tage beim en in dem vorderen Theile der Harnröhre ein ziemlich Brennen gefühlt hat; wenn aber die Abortivbehandlung ıeten Fällen angewendet wird, so kann ich deshalb nicht lauben, als dass sie für den Patienten völlig unschädlich es stimmt auch mit der Erfahrung einer Menge von Autoren

ın nun eine solche Abortivbehandlung das gewünschte Er- efern? Dieses beruht zum grossen Theile darauf, wie bald · Infection diese Behandlung angewandt wird. Wird sie dt, noch ehe die Gonococcen durch die epitheliale Schicht :n sind, so kann sie die Gonorrhöe coupiren. Dann ent- : Frage: Wie lange dauert es, bis die Gonococcen in der :lialen Lage angelangt sind? Diese Frage ist verschieden ·tet worden. So sagt z. B. Bockhardt, dass sie schon

dick und fest und widersteht der Einwirkung ziemlich kräftiger Reizmittel, bei dem andern dagegen ist sie äusserst dünn und fein und wird von unbedeutenden äusseren Ursachen irritirt.

Dieses ist sicher auch der Fall mit dem Epithel der Schleimhäute; so ziemlich ein Jeder hat wohl gesehen, wie verschieden die Schleimhaut der Mündung der Urethra bei verschiedenen Personen aussieht. Kann nicht dieses bis zu einem gewissen Grade die Ursache sein, dass die Gonococcen in dem einen Falle durch die Epithelschicht mit Leichtigkeit in kurzer Zeit hindurchdringen, in einem anderen dagegen eine viel längere Zeit gebrauchen, um bis zur subepithelialen Schicht zu gelangen?

Ein anderes Moment ist die Menge der eingeführten Gonococcen und die grössere oder geringere Vitalität derselben. Die Einführung einer Menge lebenskräftiger Gonococcen muss in wesentlichem Grade dazu beitragen können, dass dieselben sich schnell vermehren und durch die Epithelschicht hindurchdringen, wogegen die Einführung einiger weniger (vielleicht wenig lebenskräftiger) Gonococcen z. B. von einer chronischen Gonorrhöe, höchstwahrscheinlich in der Regel keine schnelle Vermehrung derselben und dadurch hervorgerufene acute Gonorrhöe zur Folge hat; höchstwahrscheinlich gebrauchen diese Gonococcen eine längere Zeit (vielleicht 2—3—4 Tage), um sich so zu vermehren, dass sie bis an die subepitheliale Schicht vordringen können.

Ich für meinen Theil glaube, dass beide die eben erwähnten Umstände einen Einfluss auf die früher oder später nach dem Coitus auftretende acute Gonorrhöe ausüben. Dass dieselbe sich in verschiedenen Fällen ganz verschieden entwickelt, haben wir natürlich alle gesehen — in einem Falle kann man schon am [illegible] zweiten Tage nach dem Coitus einen purulenten Fluss aus einer er[illegible] zündeten Urethra sehen, in einem anderen Falle aber erst nach 3— ja mehr Tagen den Anfang eines mucopurulenten gonococcenhaltig[illegible] Flusses beobachten. Dieses stimmt auch mit den von mir ausgeführt[illegible] Inoculationsversuchen überein. In einem Falle z. B., wo eine höch[illegible] unbedeutende Menge von Gonococcen in die Fossa navicularis [illegible] geführt wurde, fühlte der Patient nach zwei Tagen daselbst ka[illegible] ein Kitzeln, und es liess sich nur eine äusserst unbedeutende Me[illegible] mucöser Flüssigkeit herausdrücken; beim Auskratzen fand ich re[illegible] viele Epithelzellen, an denen sich eine bedeutende Menge Go[illegible] coccen fanden; doch waren äusserst wenige Eiterzellen, und un[illegible] diesen auch nicht eine einzige, welche Gonococcen enthalten hä[illegible]te, zu entdecken.

Dass eine Abortivbehandlung in einem Falle wie dieser viel anders ausfallen kann, als in einem Falle, wo bereits ein purulenter Fluss vorhanden ist, ist ja ganz natürlich. Eine Abortivbehandlung darf nie unternommen werden, wenn die Gonococcen ersichtlich schon durch die Epithelschicht hindurchgedrungen sind und schon ein völlig purulenter Fluss eingetreten ist — in diesen Fällen kann eine solche Behandlung nicht gern nützen, möglicherweise aber schaden. Eine Abortivbehandlung ist eigentlich nur berechtigt, so lange das Secret noch mucös ist und anfängt, mucopurulent zu werden, in welchem Falle man Gonococcen an und zwischen den Epithelzellen findet; unter diesen Verhältnissen glückt die Abortivbehandlung hin und wieder.

Wie ich oben gesagt habe, ist die Zeit, welche in den verschiedenen Fällen vergeht, ehe das purulente Stadium eintritt, eine sehr verschiedene; man kann daher nie sagen, dass Abortivbehandlung nur während der ersten (2—3) Tage berechtigt ist, denn in dem einen Falle ist sie dieses schon nicht mehr 1—2 Tage nach dem Coitus, in dem anderen dagegen ist sie es noch nach 4—5 Tagen. Alles beruht nur darauf, wie weit die Gonorrhöe sich entwickelt hat, wie weit die Gonococcen hineingedrungen sind.

Gerade der Umstand, dass man hierauf nicht die gebührende Rücksicht genommen hat, birgt die Ursache, dass die Abortivbehandlung in höchst ungeeigneten Fällen zur Anwendung gekommen und dann allzu oft nicht nur als nutzlos, sondern auch als schädlich dargestellt worden ist.

Wenn die Abortivbehandlung zur rechten Zeit unternommen wird, gibt sie oft ein gutes Resultat, und ich will hier nur erwähnen, dass Pontoppidan (ungeachtet nicht alle seine Fälle richtig geeignet waren) in 11 Fällen von 53, d. h. in 23·8 Procent, ein günstiges Resultat erhalten hat. Es kann zwar so scheinen, als ob dieser Procentsatz ein geringer wäre, wenn man aber bedenkt, von welcher enormen socialen Bedeutung es gewesen wäre, wenn 20 Procent der Tripper in der ganzen Welt während des einen oder anderen Jahrzehntes mittelst einer Abortivbehandlung gehoben worden wären, so dürfte man wohl finden, dass eine solche Abortivbehandluug verdient, gebührend beachtet zu werden.

Leider sind die Aerzte daran schuld, dass das Publicum Misstrauen gegen die Abortivbehandlung hegt. Wüsste dasselbe, dass es bei 20 oder auch nur 10 oder 5 Procent gelingen könnte, einen Tripper zu coupiren, würde es nicht, wie es jetzt der Fall ist, mit der Consultation des Arztes warten, bis die Gonorrhöe sich völlig

entwickelt hat, sondern es würde sich sofort an ihn wenden, wenn es befürchtet, sich eine solche zugezogen zu haben; sicher würde hierdurch viel Leiden erspart werden können.

Ich bin also der Ansicht, dass eine Abortivbehandlung in geeigneten Fällen nicht nur berechtigt ist, sondern dass wir auch die Pflicht haben, sie in solchen Fällen zu versuchen, sowie auch dem Publicum gegenüber die grosse Bedeutung derselben hervorzuheben. Wenn der Nutzen einer richtig angewendeten Abortivbehandlung in dem Bewusstsein des Volkes Platz erhielte, würde nicht nur das einzelne Individuum, sondern auch die menschliche Gesellschaft im Ganzen Nutzen davon haben.

Herr Grünfeld (Wien):

## Endoskopische Mittheilungen.

### I.

Die endoskopische Untersuchungs-Methode, welche in den letzten zwei Jahrzehnten infolge der eingeführten Vereinfachungen des Instrumenten-Apparates einer grösseren Verbreitung unter den Aerzten sich erfreut, erfuhr seither von Seiten verschiedener Autoren mannigfache Modificationen. Für jeden einzelnen Bestandtheil der betreffenden Vorrichtungen, sowie für die Handhabung derselben überhaupt wurden Verbesserungen proponirt, welche jedenfalls zur Förderung der Endoskopie beitrugen. Insbesondere fällt die Einführung des elektrischen Lichtes bedeutend in die Wagschale. Es sei jedoch vorwegs bemerkt, dass die von mir eingeführte Methode auch dermalen noch trotz der mannigfachen Fortschritte im Grossen und Ganzen beibehalten wurde, wobei geringe Abänderungen der Instrumente nicht weiter in Betracht kommen. Wir bedienen uns nach wie vor der einfachen Endoskope für die vordere und hintere Partie der Harnröhre und beleuchten dieselbe mittels Reflexion des Lichtes. Die Lichtquelle liefert uns Gas und Petroleum oder elektrisches Licht. Das letztere kann der üblichen Glühlampe in Form einer Stehlampe entlehnt oder als Mignon-Lämpchen mit einem Reflector verschiedener Krümmung (sei es halbkugelig oder parabolisch) verwendet werden.

Die Beleuchtungs-Intensität, die der mit dem Mignon-Lämpchen verbundene Reflector liefert, ist eine entschieden grössere und

öglicht auch die Anwendung der Instrumente von grösserer
ge, eventuell solche von kleinerem Durchmesser. Die Reflexions-
hode findet ihre Verwendung nicht nur zum Zwecke der Unter-
ıung der Harnröhre in allen ihren Abschnitten, sondern auch
Inspection der Blase, wobei das elektrische Licht entschieden
Vorzug verdient. Gleichwohl reicht man in einer grossen Reihe
Fällen auch mit Gas oder Petroleum aus.

Wesentliche Fortschritte erfuhr die directe Beleuchtung der
se, die von Nitze zum Zwecke der Cystoskopie eingeführt
de. Für eine grosse Anzahl von Fällen ist sie unentbehrlich
hat in der That ganz unerwartete Resultate erzielt. Die intra-
cale, directe Beleuchtung kann dermalen nicht entbehrt werden,
. sie jeden Punkt der Blase dem Auge zugänglich macht. Für
Harnröre jedoch ist die directe Beleuchtung auf elektrischem
ge überflüssig. Die Erfahrung lehrt nicht nur, dass man mittels
Reflexions-Methode vortrefflich beleuchtete Bilder erhält, son-
n dass die allzu intensiv beleuchtete Schleimhaut der exacten
gnose und der richtigen Deutung endoskopischer Bilder grosse
ıwierigkeiten bereitet. Wir reserviren demnach die directe Be-
:htung für die Blase, die reflectorische dagegen, die indirecte,
die Harnröhre und Blase.

II.

Darf die endoskopische Untersuchung der Harnröhre im acuten
ammatorischen Zustande derselben ausgeführt werden? Die
twort auf diese Frage ist ja klar, da jedwede instrumentelle
tersuchung bei acuter Urethritis zu vermeiden ist. Zum Zwecke
Studiums der endoskopischen Bilder bei recenten Urethritis-
nen unternahm ich nun schon früher in einer Reihe von
len die Einführung des Endoskops, und war in der Lage, ganz
:ressante und lehrreiche Beobachtungen zu machen. Es wurde
aus diesem Anlasse von verschiedenen Seiten, von besonders
:ngen Kritikern der Vorwurf der Inhumanität gemacht. Ich
ube mit Unrecht, da jene Untersuchungen nicht an klinischem
teriale, sondern in der Privatpraxis und ausnahmslos ohne Nach-
il der betreffenden Patienten vorgenommen wurden. Thatsäch-
ı unterlasse ich es auch weiterhin in keinem Curse, den Hörern
loskopische Bilder des acuten Trippers und stets ohne jeden
haden der betreffenden Individuen zu demonstriren.

Bisher betrafen diese Untersuchungen blos die vordere Partie der Harnröhre bis zum Bulbus. Es erschien jedoch von Interesse, auch den retrobulbösen, den tieferen Theil der Harnröhre im acut-inflammatorischen Zustande zu studiren, namentlich in Bezug auf das Verhältnis der Erkrankung desselben zu dem sogenannten Blasenhalskatarrh. Man weiss, dass dieser bald als spontane Fortpflanzung des Krankheitsprocesses von der vorderen Partie der Urethra auf die Pars prostatica aufgefasst wird und bald die üblichen Injectionen als Ursache der Weiterbeförderung des Virus beschuldigt werden etc. Immerhin war es von Interesse, die tieferen Theile der Harnröhre bei Gelegenheit des bestehenden Blasenhalskatarrhs einer ocularen Inspection zu unterziehen. Meine diesbezüglichen Befunde sind vielleicht bisher nur fragmentarisch, weil in zahlreichen Fällen noch andere endoskopische Bilder zu constatiren wären, obwohl meine Bestrebungen dahin gerichtet waren, die verschiedenen Stadien und Grade der Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut zu exploriren.

Was nun die endoskopischen Befunde der tieferen Theile der Harnröhre beim sogenannten Blasenhalskatarrh betrifft, so constatirte ich in einer Anzahl von Fällen blos Hyperämie der Schleimhaut. Dieselbe zeigte vermehrte Röthe, Mangel einer Transparenz und hie und da auch stärkere Gefässe. Dabei war die Oberfläche glatt und hie und da auch faltig. Chronische Hyperämie der Pars prostatica sehen wir in zahlreichen Fällen sexueller Störung. Dieselbe liefert ein ganz anderes Colorit als die obige acute Hyperämie. Anders verhält es sich in einer weiteren Serie von Erkrankungsfällen und namentlich solchen höheren Grades. Hier beobachtet man bedeutende ödematöse Schwellung der Schleimhaut. Dieselbe erscheint prall gespannt, von gelblich-rother Farbe, ohne Falten und ohne jede Transparenz. Die Verdickung derselben ist durch die Schwellung bedingt, welche durch das rasche Verstreichen der von dem Endoskope erzeugten Rinnen sich nachweisen lässt. In einer dritten Reihe von untersuchten Fällen konnte die blenorrhöische Erkrankung der Schleimhaut constatirt werden. Wir sahen faltige und wulstige Schwellung der Schleimhaut, intensive Röthung bis zum Düsterrothen, die Oberfläche uneben, hie und da erodirt, kurz jenes endoskopische Bild, das wir beim infectiösen Tripper der vorderen Partie finden. In diesen Fällen ist die Annahme statthaft, dass der Tripperprocess die Gegend der Fascia perinei propria überschritt und nunmehr auch die tiefen Theile der Harnröhre befiel. Hiebei ist der Umstand irrelevant, ob die Erkrankung

auf die eine oder andere Art diesen Standort erreichte. Blos diese Befunde berechtigen uns zur Diagnose der Urethritis posterior acuta. Die beiden anderen Befunde, die Hyperämie und die ödematöse Schwellung der Pars profunda urethrae, sind nicht als Fortsetzung des Krankheitsprocesses, des Trippers, von der vorderen Partie auf die tiefen Theile der Harnröhre aufzufassen. Sie haben vielmehr eine ganz andere Bedeutung. Durch die heftige Schwellung und Verdickung der Schleimhaut der vorderen Partie entsteht nämlich eine wesentliche Verengerung des Harnröhrencanals, ein rétrécissement inflammatoir aigu, wie sich die Franzosen ausdrücken. Die Folge dieser rasch sich etablirenden Verengerung ist eine Circulationsstörung, welche alsbald auf die retrobulbösen Theile sich erstreckt und dort einen hyperämischen Zustand oder eine ödematöse Schwellung verursacht. Dabei muss eine factische Erkrankung der betreffenden Schleimhaut im Sinne einer Fortsetzung des Tripperprocesses auf dieselbe noch nicht platzgegriffen haben und kann auch ganz ausbleiben, sobald die Circulationsstörung aufhört.

In der That lehrt die Erfahrung, dass die Trübung des Urins, der Harndrang und die anderen hieher gehörigen Symptome in manchen Fällen rasch schwinden, und zwar sobald die Circulationsstörung abnimmt, dass sie aber in anderen Fällen, d. i. wo der Tripper auf die hinteren Theile übergriff, länger persistiren und erst nach directer topischer Behandlung schwinden.

Eine Erklärung für die Trübung des Urins bei blosser Hyperämie oder ödematöser Anschwellung der Schleimhaut fanden wir in der rasch sich etablirenden Verengerung der Harnröhre. Bekanntlich hat Schüler durch Experimente an Hunden bewiesen, dass nach Einschnürung der Harnröhre alsbald Trübung des Harns sich einstellte, dass dieser sich aber wieder aufhellte, sobald das künstliche Hinderniss beseitigt wurde. Es ist also klar, dass die Circulationsstörung, wie beim Experimente, so auch als Complication des Trippers, Trübung des Urins etc. erzeugen kann, ohne dass der Tripperprocess auf die tieferen Theile der Harnröhre sich erstrecken musste.

Die locale Inspection der tiefen Theile der Harnröhre in Fällen von sogenanntem Blasenhalskatarrh als Complication des acuten Trippers lehrt demnach, dass es sich hiebei in erster Linie um eine blosse vorübergehende Circulationsstörung handelt, während in einer beschränkten Anzahl der Fälle ein directes Uebergreifen des Tripper-Processes auf die Schleimhaut der Pars membranacea und prostatica zu constatiren ist.

Finger (Wien) schliesst sich den Theorien Neisser's an. Nur gegen einige Punkte macht er Einwendungen. So glaubt er, da man klinisch schon von Beginn sehr verschieden acut verlaufende Tripper beobachtet, diese Differenz in der Reaction der reactiven Entzündung aber der In- und Extensität der Ausbreitung der Gonococcen proportional sein müsse, dass es schon im ersten acuten Stadium Gonorrhöen gebe, bei denen der Gonococcus rasch durch das Epithel in das Bindegewebe eindringe. Nachdem nun die Wirkung antibakterieller Mittel, vor Allem des Nitras argenti. nur durch Coagulation des Eiweiss, sowohl der Zellen, als der Bakterienkörper zu erklären sei, so hängt die Promptheit der Wirkung des Nitras argenti mit der Frage zusammen, wie tief dasselbe in das entzündete Gewebe eindringe. Finger hat nun Versuche in der Weise angestellt, dass er bei Hunden durch Einlegung eines Catheter à demeure traumatische Urethritis erzeugte und in die Urethra verschieden concentrirte Lapislösungen injicirte. Eine 10%ige Lösung dringt, wie man sehen kann, wenn man die in Alkohol gehärteten Schnitte der Einwirkung des Lichtes aussetzt, tief in das Infiltrat ein. Weniger tief eine 5%ige Lösung. Eine $^1/_2$%ige Lösung bleibt als dünner Streifen auf oder in den obersten Schichten des Epithels liegen.

Es werden durch solche schwache Lösungen also nur jene Gonococcen zerstört werden können, die ganz oberflächlich liegen. Finger warnt also vor zu optimistischen Erwartungen von der antibakteriellen Behandlung. Gegenüber Grünfeld bemerkt Finger, dass die Mehrzahl der Urethritis posterior acuta direct gonorrhöischen Ursprungs sei.

**Van Hoorn.** Ich möchte nur einige Erfahrungen mittheilen und mich beziehen auf das, was von Prof. Neisser, und das, was von Collegen Finger gesagt wurde. Ich bin eben in der Lage, dass oft die Patienten am ersten Tage, wo sie gonorrhöisch afficirt sind, zu mir kommen und ich dieselben behandle mit einer Sublimatlösung von 1 : 20.000. Nun muss ich zwar sagen, dass mir diese Behandlung wenig Erfolge gebracht hat. Vielleicht in nur 2 Fällen innerhalb 2 Jahren war der Ausfluss nach 14 Tagen nicht mehr da und kehrte nicht wieder. Aber ich kann sagen, dass, wenn die Behandlung nicht reizend ist und wenn man auf irgend welche Reizsymptome sofort achtet, immer eine Besserung in wenigen Tagen zu sehen war.

Die Eiterung wird doch wohl die Stärke der Entzündung bestimmen, je kleiner die Eiterung ist, je weniger stark die Ent-

zündung, desto weniger wird man zu fürchten haben, dass Narben entstehen. Obgleich wir nicht im Stande wären, wenn die Gonococcen schon eingedrungen sind, sie zu vernichten, so könnten wir doch mit antibakteriellen Mitteln wie 1 : 20.000 Sublimat dafür sorgen, dass die weitere Einwanderung in die Tiefe weniger stark sei, dass das, was sich an der Oberfläche befindet, getödtet wird.

**Janowsky** (Prag). Zu Punkt IX der Thesen Neissers bemerkt Janowsky, dass die Guyon'sche Instillation sich hauptsächlich für die diffusen entzündlichen Processe chronischer Dauer eignet. Für localisirte entschiedene locale Therapie mittelst des Endoskops.

Zu Punkt X. Die mikroskopische Untersuchung des Secretes ist um so wichtiger, da oft die Gonococcen blos in den Lacunen (Drüsen) localisirt sind, ohne dass das Secret, das aus der Harnröhre heraustritt, Gonococcen enthält.

**Staub** (Posen). Bei der Gonorrhöe der Frau ist die Rectal-Schleimhaut häufiger, als bisher geglaubt wird, an der gonorrhöischen Infection betheiligt.

In einer Serie von Fällen hat Staub seine Aufmerksamkeit auf dieselbe gerichtet. In der Anamnese wurden spontan keine Angaben über Mastdarm-Ausflüsse oder Defäcations-Beschwerden gemacht; bei genauerem Examen wurde über Schmerzen bei der Defäcation und über unangenehme Mastdarm-Abgänge geklagt.

Staub constatirte die complicatorische Rectal-Gonorrhöe bei ganz frischer blenorrhöischer Infection der Frau, wie bei alten gonorrhöischen Endo- nnd Perimetritiden; er sah gelblich-eitriges Secret aus der Anal-Mündung hervorquellen, reich an Gonococcen bei mikroskopischer Untersuchung; er sah bei älteren Fällen grauweisses, schleimiges Secret; häufig bestanden Erosionen und schmerzhafte Rhagaden. Bei einer 23jährigen Frau war es durch sub- und perimucöse Infiltration zur Bildung einer Fistel gekommen, welche chirurgisch behandelt, aber nicht zum Verschluss gekommen war, weil die gonorrhöische Aetiologie vernachlässigt war.

Therapeutisch empfiehlt Staub bei Rectal-Gonorrhöe Ausspülungen mit Liquor Alumin. acet.

**Lewin.** In Bezug auf die Versuche von Finger, wie weit ein Aetzmittel eindringt, bemerke ich, dass das wirklich ein Fortschritt in der Kenntniss local reizender Substanzen war, dass aber trotzdem die These von Neisser richtig ist, weil Finger einen Punkt dabei übersehen hat. Wenn man eine $^1/_2{}^0/_0$ Arg. nitr.-Lösung

: die directe Entfernung von Secret aus den Ductibus prostaticis ler ejaculatoriis. Oefter gelang es uns in denselben auch Gonococcen i constatiren.

Weiters erlaube ich mir auf die These des Collegen Neisser inzuweisen, in der er die Urethroskopie als gefährlich bezeichnet. Diese Bemerkung wird der in Rede stehenden Untersuchungs-lethode nicht förderlich sein und beweist, dass die alten Vor-rürfe, die der Endoskopie gemacht wurden, noch immer nicht auf-iören wollen.

**Barlow** (Breslau) wendet sich gegen die Deutung, die Grün-eld den Schüller'schen Versuchen gegeben. Schüller hat durch Umschnürung des Penis bei Hunden mit einem Seidenfaden eine künstliche Strictur mit Harnträufeln hervorgerufen.

Trübung des Urines, Eiter- und Bakteriengehalt desselben waren die Folgen. Dieser Befund lässt sich zwangslos durch eine Infection der Blase erklären. Bei continuirlichem Harnträufeln besteht eine ununterbrochene Flüssigkeitssäule von der Blase bis zum Orificium urethrae. Urethralbakterien, die zum Theil die Eigenschaft besitzen, Cystitis zu erregen, können in dem langsamen Flüssigkeitsstrom bis zur Blase gelangen und dort Entzündung hervorrufen, eine Thatsache, die an Krankengeschichten Stricturleidender von Rovsing des näheren erörtert worden ist. Es ist also wahrscheinlich, dass die bei den Schüller'schen Hunden aufgetretene Trübung des Urin und die sonstigen Abweichungen desselben vom normalen Befunde auf Infection der Blase zurückzuführen sind.

Neisser. Ihrer freundlichen Erlaubniss entsprechend, werde ich der Reihe nach die zu den einzelnen Thesen gemachten Bemerkungen kurz besprechen. In These II habe ich als Grundlage aufgesetzt, dass die Untersuchung auf Gonococcen sich für die Mehrzahl der Fälle auf den mikroskopischen Weg wird beschränken müssen. Ich glaube in der That, dass diese Methode in der Praxis für fast alle Fälle ausreichen wird, namentlich, wenn o f t genug untersucht wird, und dass wesentlich für wissenschaftliche Zwecke man auf das Culturverfahren wird eingehen müssen. Ich möchte aber diese Gelegenheit ergreifen, um meine vollkommene und rückhaltlose Anerkennung der von Herrn Collegen W e r t h e i m erreichten Resultate und der von ihm vertretenen Anschauungen auszusprechen. Es ist uns selbst zwar vorderhand nicht immer gelungen, in derselben Weise, wie ich es bei ihm gesehen habe, Reinculturen von Gonococcen herzustellen; ich weiss auch nicht, welchen Versuchs-

fehler ich gemacht habe, aber da es nach Wertheim's Mittheilungen zweifellos feststeht, dass Inoculationen mit den Wertheim'schen Culturen zur echten Gonorrhöe geführt haben, so kann wohl nicht der geringste Zweifel darüber bestehen, dass es Wertheim gelungen ist, Gonococcenreinculturen zu erzielen. Diese Thatsache aber bringt wieder den sicheren Beweiss dafür, dass die Gonococcen wirklich die Ursache der Gonorrhöe sind; und ich glaube in dieser Versammlung wird Herr College Eraud wohl der Einzige sein, der die Specificität dieses im gonorrhöischen Eiter vorkommenden Mikroben nicht rückhaltlos anerkennt. — Wie weit Gonococcen auch als Complicationen zur Gonorrhöe sich hinzugesellende Erkrankungen verursachen, oder ob wir es da mit Mischinfection zu thun haben, bedarf für jeden einzelnen Fall der speciellen Klarlegung. College Ehrmann hat in einigen solcher Fälle, in periurethralen Abscessen, Gonococcen nicht finden können, und es ist auch zweifellos, dass ein Theil derartiger Erscheinungen von Staphylococcen etc. herrührt. Andererseits verfüge ich selbst über Erfahrungen, dass auch periurethrale Abscesse von Gonococcen erzeugt werden können. Früher erschien uns das a priori unmöglich, weil wir durchaus an der Annahme festhielten, dass Gonococcen im Bindegewebe nicht wuchern können. Durch Wertheim — auch dass ist ein wesentliches Verdienst seiner Arbeiten — sind wir anders belehrt worden, und somit scheint auch diese Frage gelöst.

Entschieden muss ich mich gegen die von Collegen Finger gemachte Annahme, dass auch schon in den allerersten Tagen einer acuten Infection die Gonococcen im subepithelialen Bindegewebe sich befinden können, wenden. Es ist wenigstens vorderhand zur Zeit weder an der Conjunctiva noch an der Urethra eine mikroskopische Bestätigung dieser Anschauung gegeben worden. Allerdings wandern die Gonococcen sehr zeitig in die tiefen Schichten des Epithels ein, aber ein Ueberwandern ins Bindegewebe scheint doch wohl zu den Seltenheiten und Ausnahmen zu gehören. Umsomehr müsste aber Finger dann, wenn er seine Anschauung festhalten will, meiner Aufforderung: so schnell und so früh wie nur möglich zu behandeln, zustimmen. Je mehr er annimmt, dass so schnell die Gonococcen in die tiefen Schichten wandern, umsomehr müsste er sie zu vernichten suchen, so lange sie noch ganz oberflächlich liegen.

Auch dem zweiten Einwand meines Freundes Finger, dass Argentumlösungen nicht in die Tiefe wirken könnten, muss ich

lersprechen. Schon Herr College Lewin hat darauf aufmerksam nacht, dass von einer wesentlichen Fällung so schwacher gentumlösungen, wie ich sie angewendet, kaum die Rede sein nnte. Andererseits aber steht es fest, das Silberalbuminat und lorsilber, also Argentum auch nach der Fällung, antiseptische genschaften behalten, zum mindesten bakterienentwicklungs-mmende Eigenschaften haben, und es scheint mir so auch eoretisch gerechtfertigt, das Arg. nitricum in die allererste Reihe r antibakteriell wirkenden Mittel bei der Gonorrhöe zu zählen.

Herr College Grünfeld hat darauf hingewiesen, dass nicht le Urethritis posterior gonorrhöischen Characters sein müsse; Herr llege Finger hat das bestätigt, und ich selbst kann erklären, was rigens aus meiner These VI bereits hervorgeht, dass diese Er-ırung für jeden, der gewohnt ist, regelmässig nicht blos das orhandensein einer Urethritis posterior zu constatiren, sondern : Secrete mikroskopisch zu controliren, eine häufige ist. Hat : Jadassohn doch erst vor wenigen Wochen in seiner Mit-eilung über die Ichthyolbehandlung bei Gonorrhöe betont! Die ıatsache ist wichtig auch für die Therapie. Denn es wird natür-h keinem einfallen, eine nicht gonorrhöische acute Urethritis sterior energisch zu behandeln; im Gegentheil werden hier Anti-llogistica, Ruhe etc. am besten am Platze sein.

Uebrigens möchte ich gleich hier erklären, dass es mir natür-h nicht einfällt, unter allen Umständen, speciell für die Zwecke ner wissenschaftlichen Untersuchung, die Einführung eines starren struments oder eines Endoskops in acuten Fällen für gefährlich erklären (These IV). Aber Herr College Grünfeld wird mir istimmen, dass in den allermeisten Fällen dazu nicht die geringste ierapeutische Veranlassung vorliegt, und dass namentlich e wenigsten praktischen Aerzte in der Lage sind, derartig vor-chtig und geschickt vorzugehen, wie etwa Herr College Grün-ld selbst.

Der Welander'schen, Diday'schen Empfehlung: starke, so ätzende Solutionen als Abortivbehandlung anzuwenden, kann ich cht beipflichten. Die Anwendung stark concentrirter Höllenstein-sungen ist gewiss häufig von grossem Vortheil und wirklich abortiv« heilend, aber die Resultate sind sehr inconstant und diesen constanten Resultaten gegenüber halte ich die Gefahren und Be-hwerden für viel zu gross, als dass ich diese Methode als all-emeine Behandlungsmethode der Gonorrhöe, d. h. einer zu lillionen verbreiteten Krankheit, empfehlen möchte. Dieses Moment

scheint mir auch gegen die Verallgemeinerung der Janet'schen Behandlungsmethode zu sprechen. Die von diesem empfohlenen Irrigationen mit schwachen Lösungen von Kalium hypermanganicum leisten, soweit ich es seiner Publication entnehme und von Augenzeugen gehört habe, in vielen Fällen gewiss Ausgezeichnetes, aber wie sollen wir den ungezählten Tausenden von Gonorrhöekranken gegenüber diese Methode anwenden? Wir haben weder so viel Betten in unseren Hospitälern zur Verfügung, um alle Gonorrhöekranken hinzulegen, noch werden die meisten dieser Kranken es sich gefallen lassen. Aus demselben Grunde (These V) habe ich ja selbst die Irrigationen, die zweifellos wirksamer sind als die Injectionen, nicht als die für unsere praktischen Verhältnisse anwendbare Methode empfehlen können.

Was meine These: »Die Therapie mit internen Mitteln halte ich für überflüssig«, betrifft, so gebe ich ohneweiteres zu, dass hier ein Lapsus vorliegt. Es muss heissen: »Die Therapie mit inneren Mitteln ist unwirksam gegen die Gonorrhöe als solche, gegen die Gonococcen. Sie leistet zweifellos etwas gegen die Eiterung, gegen gewisse Beschwerden etc.« Freilich darf auch hier nicht verkannt werden, dass diese nützliche Wirkung erst eintritt bei recht grossen Dosen, dass aber diese grossen Dosen wieder in den allermeisten Fällen unangenehme Erscheinungen seitens des Magens hervorrufen Die antiseptische Wirksamkeit der in den Urin übergehenden Zersetzungsproducte ist auch nicht sehr gross. Ich habe mich selbst sehr reichlich experimentell überzeugen können, dass selbst das kräftigste dieser Mittel, das Balsamum Copaivae, eine grosse antibakterielle oder wachsthumhemmende Eigenschaft im Urin nicht entfaltet.

Zur These IX hat der Herr College Janovsky bemerkt, dass überall, wo es sich um herdförmige Herde in der Urethra handelt, man mit Irrigationen und Instillationen nicht auskäme; ich gebe das gern zu. Habe ich doch selbst in einer anderen These darauf hingewiesen, dass ich die Endoskopie für viele solche Fälle für nothwendig erachte, gerade um solche locale Herde aufzusuchen und zu behandeln; nur scheint mir dieser Fall verhältnissmässig selten zu sein, wie ich ja überhaupt glaube, dass nur für eine kleinere Anzahl der Gonorrhöefälle die Endoskopie eine nothwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist.

Besonders erfreut aber bin ich über Ihre Zustimmung zur These X, und ich wünschte nur, dass auch alle diejenigen Männer, welche in unserer Verwaltung und bei der Festsetzung hygienischer

Massregeln mitzureden haben, diese Anschauung theilten. Ich mache diese Bemerkung mit besonderer Berücksichtigung der Prostituirtenuntersuchung, welche ohne Zuhilfenahme der mikroskopischen Secretuntersuchung mit Bezug auf die Gonorrhöe geradezu eine lächerliche ist. Wenn wir sehen, dass ohneweiters Hunderttausende zur Verfügung stehen, wenn es sich um die Bekämpfung einer acuten Seuche handelt, dann könnten wohl auch die weit geringeren Mittel beschafft werden, welche es ermöglichen, sorgsamer und erfolgreicher gegen diese, wie ich ohne Uebertreibung sagen darf, furchtbare Erkrankung des männlichen, speciell aber des weiblichen Geschlechtes vorzugehen. Freilich acute Gefahren bringt die Gonorrhöe selten, aber nach Zehntausenden sind die Fälle chronischen Siechthums zu zählen.

Auch hier muss ich noch einmal der Wertheim'schen Untersuchungen gedenken. Denn gerade in dem Capitel der weiblichen Gonorrhöe haben seine Untersuchungen das geschaffen, was seit Jahren eine wesentliche Lücke in der Gynäkologie war, eine feste pathologische Grundlage für alle die klinischen Erkrankungsformen, welche man bisher unbewiesener Weise als gonorrhöische bezeichnete. Erst jetzt wird man feststellen können, welche klinischen Bilder mit Sicherheit als gonorrhöische Erkrankungsformen anzusehen sein werden.

Schliesslich freue ich mich der von verschiedenen Seiten geäusserten Zustimmung zu meiner Bemerkung über Rectalgonorrhöe. Ich glaube in der That, dass der grössere Theil der chronischen Rectalulcerationen auf gonorrhöische Infection zurückzuführen ist. Ich will nicht etwa leugnen, dass es luëtische Ulcerationen gibt, aber ich glaube, dass die letzteren in der Minderzahl gegenüber den gonorrhöischen sind. Das Primäre ist die gonorrhöische Infection des Epithels; dieselbe hat zur Folge eine Infiltration des Bindegewebes, wie wir sie sehr schön bei den gonorrhöischen Infectionen präputialer Gänge nachweisen können, daran schliessen sich alle die mechanischen Destructionen, welche die Defäcation mit sich bringt, sodann die Mischinfection vom Rectalinhalt, und so kommt es schliesslich zu einer tiefgreifenden Zerstörung, welche ihren gonorrhöischen Charakter natürlich längst verloren hat, aber doch in letzter Reihe auf die gonorrhöische Infection zurückzuführen ist.

Damit bin ich am Schlusse und ich gebe mich der Hoffnung hin, dass diese unsere Verhandlung thatsächlich einen Anstoss dazu geben wird, auch in den Kreisen unserer praktischen Aerzte

eine Aenderung des therapeutischen Verfahrens gegenüber der Gonorrhöe anzubahnen. Nicht die Specialisten, sondern einzig die praktischen Aerzte können helfen, dieser Volkskrankheit mit Erfolg entgegenzutreten.

---

## Herr Herzfeld (Wien):

### Beitrag zur Lehre von der Gonorrhöe des Weibes.

Meine Herren!

Die seit fast zwei Decenien begründete Lehre Noeggeraths von der latenten Gonorrhöe hat erst ihre sichere Basis durch die Erkennung des Gonococcus Neisser erhalten und erst durch die genaue Kenntniss der Biologie des Gonococcus sind wir in die Lage gekommen, eine Reihe schwerer Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus ätiologisch mit der Gonorrhöe in Verbindung zu bringen und den Zusammenhang einer Reihe bisher unverständlich gebliebener Erkrankungen zu verstehen. Die Erscheinungen der acuten Gonorrhöe, welche sich auf die Urethra und die Vulva erstrecken, kommen den Syphilidologen ungemein häufiger zur Beobachtung, als den Gynäkologen. Hingegen sind es die zahlreichen Fälle von latenter Gonorrhöe, welche den Gynäkologen so schwer beschäftigen, indem sie ein Leiden darstellen, welches in das sociale Leben der Frau tief einschneidet und nicht nur auf die unteren Abschnitte des Genitales, auf die Urethra und Bartholinischen Drüsen beschränkt ist, sich vielmehr weiter auf die Mucosa cervicis und durch das Orif. internum, welches früher von Bumm als ein Schutzwall gegen die Weiterverbreitung der Erkrankung nach oben angesehen wurde, weiter auf die Tubenschleimhaut übergreift, hierauf sich auf die Ovarien erstreckt, um endlich zu schweren peritonitischen Erkrankungen zu führen. Erst durch Wertheim's bahnbrechende Untersuchungen über die Biologie des Gonococcus Neisser ist es sichergestellt worden, dass auch die Peritonitis der Beckenorgane häufig eine g o n o r r h ö i s c h e Aetiologie aufweisen könne, während man früher in allen diesen Fällen eine Mischinfection als Ursache der Perimetritis annahm, da ja von Bumm behauptet worden, der Gonnococcus könne nur in das Cylinder-

thel, nie aber in geschlossenes Plattenepithel einwandern. War schon früher durch das Thierexperiment und durch nachträgliche Verimpfung auf die männliche Urethra sichergestellt worden, dass es eine gonorrhöische Peritonitis gebe, so sahen wir erst heuer an Klinik des Prof. Schauta den directen Beweis dafür, indem bei r Kranken, bei der wegen gonorrhöischer Erkrankung der nexa die Laparotomie ausgeführt wurde, sich eine frische eoperitonitis vorfand, deren Ursprung durch die mikroskopische bakterielle Untersuchung als durch Gonococcen veranlasst ergestellt wurde.

Wie häufig nun die Fälle von latenter Gonorrhöe mit Erkung der Uterusadnexe und des Beckenbauchfelles sind, möge die Thatsache beweisen, dass wir innerhalb 11 Monaten bei m ambulatorischen Materiale von 2124 neuen Patienten 376 mal ler Lage waren, Adnexerkrankungen auf gonorrhöische Infection ickzuführen, also in 18 Procent des gesammten gynäkologischen ibulantenmaterials. Dazu rechne ich aber nicht jene Fälle, wo der norrhöische Ursprung blos vermuthet wurde, oder wo blos peritrische Erkrankungen als Verlagerung des Uterus und der Adnexa : muthmasslichem gonorrhöischen Ursprunge vorkamen, sondern : die unzweifelhaften Fälle von ascendirender Gonorrhöe. Da ss ich mir nun eine Bemerkung erlauben, mit der ich eigentlich in : Discussion über Prof. Neisser's Referat zurückgreife. Es ist nicht htig, dass bei Weibern die blosse Untersuchung ohne directen nococcennachweis für die Stellung der Diagnose werthlos ist. ute, wo wir wissen, dass die Infection mit Gonococcen ganz stimmte pathologisch-anatomische und klinische Erscheinungen oducirt, können wir in jenen Fällen, in welchen alle anamnestischen id klinischen Symptome stimmen, die Diagnose der ascendirenden norrhöe stellen, selbst wenn wir nicht den Gonococcennachis zu liefern im Stande waren. Das Bild der ascendirenden Gorrhöe ist eben in der Anamnese, in den Symptomen, sowie in em weiteren Verlaute oft so typisch, dass wir uns für berechtigt lten können, auf diese objectiven Befunde hin die Diagnose der endirenden Gonorrhöe zu stellen. Dabei will ich gar nicht leugnen, e wichtig es in jedem einzelnen Falle vom wissenschaftlichen ndpunkte aus ist, auf Gonococcen mikroskopisch und mittels des ertheim'schen Plattenzüchtungsverfahrens zu fahnden.

In der That haben wir in jenen Fällen, wo blos klinisch die agnose vor der Operation gestellt worden war, nachträglich den weis der gonorrhöischen Infection erbringen können.

Die gonorrhöische Erkrankung des weiblichen Genitaltractes, wenn sie sich nur auf die unteren Abschnitte erstreckt, ist leicht zu diagnosticiren. Die Affection der Cervix- und Corpusmucosa selbst geht mit heftigen Beschwerden, Kreuzschmerzen und mit vermehrter Secretion einher. Diese Beschwerden steigern sich noch, wenn es zu hochgradiger Erkrankung der Uterusschleimhaut gekommen ist; in der Regel machen Menstruationsstörungen in Form von profusen, von Kolikanfällen begleiteten Blutungen darauf aufmerksam, dass die Genitalorgane afficirt sind. Diese Blutungen treten besonders dann auf, wenn die gonorrhöische Erkrankung auf die Adnexe übergegriffen hat, wobei heftige kolikartige Schmerzen auftreten, so dass das Ganze dem Bilde der Dysmenorrhöe entspricht. Die Diagnose »Dysmenorrhöe« hat man früher oft stellen gehört. Doch ist die Dysmenorrhöe nicht eine Erkrankung, sondern ein Symptomencomplex von kolikartigen Schmerzen bei der Menstruation, stärkerer Secretion und Sterilität. Da stellte man sich nun in der Regel vor, dass alle diese Erscheinungen bedingt seien durch mechanische Hindernisse, wie Enge des äusseren und inneren Muttermundes. Demgemäss hat man es auch versucht, diese Symptome durch mechanische, stumpfe oder blutige Dilatation des Cervixcanales zu beseitigen, oft genug ohne Erfolg. Wir wissen heute, dass in der grössten Anzahl der Fälle von Sterilität, wo die Frauen gleichzeitig über Erscheinungen der Dysmenorrhöe klagen, die gonorrhöische Infection Schuld daran trägt, und zwar nicht allein dadurch, dass durch die Gonorrhöe Azoospermie beim Manne erzeugt wird, sondern auch dadurch, dass durch die Gonorrhöe selbst Sterilität beim Weibe verursacht wird und die gonorrhöische Erkrankung der Uterusschleimhaut wie der Tuben dysmenorrhöische Beschwerden erzeugt. Wir dürfen daher nicht gleich nur an ein rein mechanisches Hinderniss denken, sondern müssen uns zuerst über die Verhältnisse der Adnexe des Uterus klar werden, ehe wir etwa zu einer blutigen Erweiterung der Cervix zur Beseitigung der erwähnten Beschwerden schreiten.

Wie ausserordentlich häufig die Erkrankung auf die Tubarschleimhaut übergeht, können wir daraus ersehen, dass wir im Stande sind, die Veränderung an den Tuben und Ovarien durch die bimanuelle Untersuchung in den meisten Fällen ascendirender Gonorrhöe nachzuweisen, indem erstere mitunter ganz bedeutende Formveränderungen zeigen. Besonders durch die in der neueren Zeit, dank der vervollkommneten Technik, häufig ausgeführten Laparatomien kommen wir in die Lage, die durch die bimanuelle

Untersuchung erbrachten Befunde mit den anatomischen Befunden in Einklang zu bringen und unsere Kenntnisse über das Wesen der Erkrankung ausserordentlich zu bereichern.

Bei der Erkrankung der Tuben kommt es in einzelnen Fällen zu einer ganz eigenthümlichen Auftreibung derselben an ihren uterinen Ende. Auf beiden Seiten finden sich typisch knotenförmige Auftreibungen der Tuben, welchen Zustand Schauta und Hans Chiari als Salpingitis isthmica nodosa bezeichnet haben. In anderen Fällen bleibt diese Veränderung nicht allein auf den Isthmus beschränkt, sondern wir finden die Tuben bedeutend verdickt, eigenthümliche knollige Auftreibungen bildend, die sich nach aussen in einen Tumor verfolgen lassen, in welchem oft Ovarien mit sammt der Tube in sicherem Zusammenhange erkannt werden können. Die Tube selbst ist stark geschlängelt, ihre Wandung hypertrophisch. In anderen Fällen wieder kommt es durch Verwachsung des abdominellen Endes der Tube zum Abschlusse derselben und zur Stauung des Secretes in der Tube, es kommt auf gonorrhöischer Grundlage zur Verklebung der Tube und zur Ansammlung des Secretes in grossen Säcken, zur sogen. Hydrosalpinx bei rein serösem Secrete, zur Hämatosalpynx, wenn Blutungen in den Sack erfolgt sind, und zur Pyosalpynx bei grossen Eitersäcken. Tritt die Erkrankung der Schleimhaut in den Vordergrund, so kann man mikroskopisch die Deformation, resp. den Verlust der Epithelauskleidung der Tube wahrnehmen. Manchmal wieder kommt es zur Bildung grosser Säcke, welche mit Eiter oder seröser Flüssigkeit erfüllt sind, an welchen man auch das Ovarium betheiligt findet, Tuboovarialcysten. In anderen Fällen finden wir in den Ovarien bis apfelgrosse Abscesse, welche scheinbar in keinem directen Zusammenhange mit der Pyosalpynx stehen, und in deren Inhalte ebenfalls Gonococcen nachgewiesen werden können. Machen wir nun in solchen Fällen die bimanuelle Untersuchung, so sind wir im Stande, zu beiden Seiten des Uterus Tumoren nachzuweisen, die sicher als Erkrankungen der Adnexe nachgewiesen werden können, indem man vom Uterus aus die in ihrer Form veränderte Tube in den Tumor übergehend nachweisen kann. Derartige Tumoren sind zwar auch in früherer Zeit diagnosticirt, aber falsch gedeutet worden, indem man sie als parametran gelegen ansah, u. zw. zwischen beiden Platten des Ligamentum latum entstanden. Infolge des Ergriffenseins des peritonealen Ueberzuges kommt es nun auch zu weitgehenden Verwachsungen der inneren Genitalorgane, zur Verlagerung und Fixirung des Uterus, womit die Beschwerden, welche die Gonorrhöe an und für

sich liefert, noch heftiger werden. Die Beschwerden in Folge der Verlagerung des Uterus bestehen hauptsächlich in Blutungen, Kreuzschmerzen, Schmerzen bei der Defäcation u. s. w. Die Frau kann dann weder ihre Pflicht als Gattin erfüllen, noch ist sie im Stande, ihren Lebensunterhalt zu erwerben.

Was die Therapie anbelangt, so wendet man, so lange die die Gonorrhöe auf die Urethra und die Bartholinischen Drüsen allein beschränkt bleibt, in der üblichen Weise Desinfectionen mit Sublimat etc. an. Hat aber der Process auf die Cervixmucosa übergegriffen, dann sind unsere Erfolge mit Ausspülungen nicht mehr so sicher. Oft genug gelingt es zwar nach längerer Zeit durch Dilatation, Desinfection, Aetzungen etc. den Katarrh abzuschwächen, selten aber ihn ganz zu beseitigen, da immer wieder neue Nachschübe und Recidiven auftreten, so dass wir die Patientinnen eigentlich nie als vollkommen geheilt betrachten können. Dabei müssen wir die Blutungen symptomatisch behandeln. Bei perimetritischen Verwachsungen, wenn keine besonders heftigen Erscheinungen von Seite der Adnexa vorhanden sind, suchen wir durch die Massage nach Thure Brandt die Verwachsungen zu lösen und die Deviationen des Uterus zu beheben.

Handelt es sich um kolossale Veränderungen der Adnexe, deren Beschwerden die Patientinnen arbeitsunfähig machen, dann entfernt man die ohnedies vollständig functionsuntüchtigen Organe, wenn wir nicht im Stande sind, auf andere Weise Linderung zu schaffen. In diesen Fällen gelingt es in der weitaus grössten Anzahl im Eiter der Tuben und Ovarien, oft in Ovarialabscessen, welche mit der Pyosalpynx gar nicht direct zusammenhängen, die Gonococcen nachzuweisen. Auch wurden die Gonococcen im Gewebe, besonders der Tuben gefunden, wodurch sich auch die grosse Verdickung der Tubenwandung erklären lässt, die eben der gonorrhöischen Erkrankung selbst und nicht pseudomembranösen Auflagerungen zugeschrieben werden muss. Wenn wir daher auch in der Lage sind, in einzelnen Fällen Heilung zu bringen, oder nur Linderung zu verschaffen, so werden wir es als unsere vornehmste Aufgabe ansehen, durch erhöhte Prophylaxe der Verbreitung der latenten Gonorrhöe entgegenzutreten und den Gefahren derselben zu begegnen, eine Indication, die auch Herr Prof. Neisser in seinem ausgezeichneten Referate aufstellte. Wie nun die Prophylaxe zu üben sei, das zu bestimmen, ist Ihre Sache, meine Herren, und darum habe ich es gewagt, die Besprechung dieses Themas vor Ihr gelehrtes Forum zu bringen.

## Discussion.

**Wertheim** (Wien). Wie ich aus den Bemerkungen Herrn
isser's ersehe, ist er bei der Nachmachung der von mir ange-
benen Gonococcenzüchtungsmethode auf Schwierigkeiten ge-
ssen. Indem ich auf meine diesbezüglichen detaillirten Publicationen
rweise und auf die bestätigenden Publicationen von Bumm, Geb-
rd und Wolff, beschränke ich mich hier darauf, Ihnen diese
lturen zu demonstriren und ferner einige Präparate zu zeigen,
n denen das eine einen Abklatsch einer Plattencolonie darstellt,
s andere aber zeigt, wie die Gonococcen als Erreger einer echten
ritonitis ziemlich tief in das Bindegewebe vordringen, ja sogar bis
die nächstliegenden Muskelschichten, wo sie die Gewebsspalten
grossen Strassen erfüllen, eine Eigenschaft der Gonococcen, die
n bisher üblichen, von Bumm geschaffenen Anschauungen über
re Biologie nicht entspricht und welche uns die befriedigendsten
klärungen der bei gonorrhöischen Processen vorkommenden
feren Gewebsveränderungen gibt, ohne dass wir immer auf Misch-
ection recurriren müssen.

Schliesslich erlaube ich mir, die Herren, welche sich für die
ichtungsmethode interessiren, für morgen in das Laboratorium der
linik des Prof. Schauta einzuladen, wo ich Ihnen mit Bereitwillig-
it das Verfahren ad oculos demonstriren werde.

**Pick** (Prag). Ich möchte nur bemerken, dass die Untersuchungen
elche von Prof. Schauta schon in Prag gemacht worden sind, an
nen ich selbst mich insofern betheiligt habe, als vielfach das
aterial aus meiner Klinik kam, dass die Erfolge dieser Versuche,
weit es sich um die therapeutischen Indicationen handelt, in den
ällen, in denen sie gestellt wurden, auf eine Exstirpation, also
nen sehr bedeutenden Eingriff, ganz ausgezeichnete sind. Ich war
uge davon, welche Leiden die Patientinnen auszustehen hatten,
vor die Operation gemacht wurde. Ich kann sagen, dass ich in
n Fällen, die operirt wurden, noch heute an den Kranken, die
nn aus einer anderen Ursache auf die Klinik kamen, mich von
r vorzüglichen Wirkung dieser Behandlung überzeugen konnte.
h will dies nur anführen, weil es von grosser Bedeutung ist, in
lcher Weise sich die Kranken lange Zeit nach der vorgenommenen
peration verhalten.

**Schauta** (Wien). Ich glaube, es ist keine Uebertreibung, wenn
h es hier einfach ausspreche, dass in der Gynäkologie keine Ent-

deckung eine so grosse Revolution hervorgerufen hat, wie die des Gonococcus durch Neisser. Und gerade in dieser Versammlung möchte ich das betonen. Wenn ich zurückblicke auf die Zeit, wo ich noch Assistent bei Späth war, so muss ich sagen, dass wir von allen diesen Adnexenerkrankungen nicht die geringste Ahnung hatten. Wir diagnosticirten in allen Fällen Exsudat; es gab sogen. starre und sogen. frische; letztere waren die puerperalen, die resorbirt wurden, von den ersteren wusste man nichts Bestimmtes in Bezug auf die Aetiologie, sie blieben Jahre lang stationär. Diese Frauen waren die regelmässigen Besucher der Bäder, von denen sie temporär gebessert zurückkehrten, aber die Erkrankung blieb sich gleich. Durch Neisser wurde es klar, dass es sich hier um andere Processe handle, und besonders die Untersuchung exstirpirter Organe ergab in solchen Fällen eine Veränderung der Tuben. Es war nun noch der grosse Streit, ob diese Salpingitiden und Tumoren wirklich gonorrhöischen Ursprungs sind oder nicht vielleicht einer anderen Infection mit pyogenen Organismen ihren Ursprung verdanken. Ich glaube, es ist ein Verdienst meines Assistenten Dr. Wertheim, dies klargestellt zu haben. Ich kann dies umsomehr behaupten, weil ich selbst ein sehr geringes Verdienst an diesen Untersuchungen habe, höchstens, dass ich diese Arbeiten angeregt und das Material dazu beigestellt habe. Diese Untersuchungen sind ganz ausgezeichnet, und ich bin so durchdrungen von der Richtigkeit derselben, dass ich auch heute dafür einstehe. Ich bin Neisser auch sehr dankbar für die Bemerkung, dass man heute Tausende und Tausende auf die Prophylaxis anderer Erkrankungen ausgibt und den Tripper gleichsam als gleichgiltige Erkrankung ansieht. Er ist aber eine der furchtbarsten Erkrankungen des weiblichen Geschlechtes, denn er ist unheilbar, wenigstens in den Stadien, die wir zu sehen bekommen. Die acuten Fälle, die die Dermatologen behandeln, sehen wir ja fast nie, wir bekommen erst ein Stadium zu sehen, wo der Schleimhauttractus höher hinauf ergriffen ist, welches wenigstens auf conservativem Wege nicht zu heilen ist. Es gibt aber allerdings auch weniger schwere Fälle. Meist aber schreitet die Erkrankung rasch vor, in manchen Fällen waren schon nach zwei Monaten ei- bis faustgrosse Ovarialtumoren vorhanden. Neisser hat gesagt: Man stirbt von einem Tripper nicht, das ist aber nicht richtig. Ich habe im Laufe eines Jahres nicht weniger als drei Fälle gesehen, bei denen gonorrhöische Infection und theils ein- theils beiderseitige Pyosalpynx diagnosticirt wurde; in allen diesen Fällen habe ich zur Operation gerathen, sie wurden verweigert. Nach kurzer Zeit

tante problema, ma non si può dire di essere venuti a conclusioni definitive e sicure.

È noto come due opinioni si contendano tuttora il campo: quella finoggi più comunemente accettata, che fa del condiloma acuminato il risultato di uno stimolo comune, più o meno lungamente ripetuto sul tessuto dal quale la lesione s' inizia, e l' altra che lo giudica invece figlio di un vero e proprio contagio.

Senza farsi guidare da preconcetti e lasciando pel momento impregiudicata la questione, bisogna tener presente:

1. che non mancano casi, nei quali i condilomi acuminati si veggono contemporaneamente coesistere nei genitali o regioni perianali d' individui, rimasti fra loro in intimo rapporto di contatto (coniugi, pederasti);

2. che, dato lo sviluppo di un condiloma acuminato, assai frequentemente può notarsene una vera disseminazione nelle vicinanze, non altrimenti di quanto accade per altre affezioni cutanee, già da tempo sospettate di natura parassitaria (mollusco contagioso, verruca, porro, ecc.).

3. che molto spesso la lesione si rigenera nello stesso sito, malgrado la più completa distruzione di essa, per quanto macroscopicamente è dato rilevare;

4. che si è riuscito talvolta a riprodurlo sperimentalmente.

Stando così le cose, anche per consiglio del Prof. de Amicis, credemmo utile riprendere lo studio dell' argomento, epperò fin dal-l' Aprile del 1890, non trascurando d' interessarci alla istologia del condiloma acuminato, iniziammo una serie di ricerche, dirette a stabilire se detta affezione fosse dovuta all' azione di qualche agente parassitario speciale e, nel caso affermativo, a quale ordine di parassiti questo appartenesse.

A questo scopo ci siamo serviti del ricco materiale fornitoci dalla nostra Clinica e deambulatorio annessovi e facemmo tentativi di coltura da molti casi di masse vegetanti, mettendo in opera tutti i mezzi atti ad eliminare il maggior numero possibile di microorganismi accidentali e servendoci dei più svariati terreni nutritivi. Ottenuto nei singoli casi l' isolamento delle varie forme di microorganismi e trascurando quelle che si rivelavano manifestamente quale risultato d' inquinamento accidentale, studiammo la biologia delle altre, le quali, anche per la loro relativa costanza, lasciavano pensare potessero avere importanza nella genesi dell' affezione. Senza diffonderci nella descrizione delle singole forme, ci basterà solo pel momento accennare al risultato costantemente negativo

avutosi negli esperimenti d' inoculazione con colture pure di esse, sia negli animali da laboratorio, sia ancora nell' uomo.

Riusciti infruttuosi questi tentativi, guidati da alcuni caratteri clinici di analogia che i condilomi acuminati presentano con quella forma morbosa descritta dal Darier sotto il nome di psorospermosi follicolare vegetante (sviluppo delle vegetazioni in regioni poste tra loro in mutuo contatto, speciale secrezione saniosa che ne bagna la superficie, odore nauseabondo di essa, facile riproduzione della lesione dopo l' asportazione, ecc.), fummo indotti a ricercare se per avventura anche nei condilomi acuminati, come nel morbo anzidetto, si ritrovassero quegli elementi dal Darier stesso ritenuti parassiti della classe degli sporozoarii (psorospermi). Anche perchè, avendo in quel tempo nella Clinica un esempio tipico di psorospermosi vegetante, precisamente quello del quale il Prof. de Amicis ha riferito in questo Congresso, avremmo avuto la opportunità di studiarne comparativamente i preparati. D' altro canto non è a tacere come c' invogliasse sempre più a questa ricerca la considerazione della insistenza, con la quale molti osservatori già venivano affermando la presenza di queste speciali forme parassitarie in altre produzioni morbose della cute (mollusco contagioso, morbo del Paget, epitelioma).

I pezzi, asportati in periodo diverso di sviluppo, vennero fissati e indurati con i più svariati liquidi, quali alcool, sublimato, liquido di Müller, di Erlizki, Flemming, Fol, cromo-nitrico, di Baumgarten, soluzioni di bicromato di potassio (2 e 4%), acido osmico ($^1/_2$%), cloruro d' oro, cloruro di palladio, e non vennero trascurati i preparati per dissociazione, previo trattamento con alcool di Ranvier, soluzioni di potassa caustica o di ammoniaca e successiva reazione con soluzione iodo-iodurata. Per le colorazioni, sia in massa che sulle singole sezioni, sempre serbando la serie, i liquidi adoperati furono le varie specie di carminio, ematossilina e colori di anilina. Lo studio venne ugualmente esteso al prodotto, che si raccoglieva a fresco dalla superficie e negl' interstizii delle varie vegetazioni.

Per quanto riguarda la istologia patologica della lesione confesseremo come dallo studio dei preparati, che abbiamo l' onore di sottoporre al loro illuminato giudizio, non riesce molto agevole affermare in modo assoluto se il processo s' inizii dal corpo papillare e derma, giusta la opinione più generalmente accettata, ovvero dagli strati epiteliali, come altri vorrebbero. Poichè mentre nelle forme affato iniziali talora è dato sorprendere l' approfondirsi del corpo mucoso sotto forma di zaffi, massime in corrispondenza

dei follicoli pilo-sebacei, con discreta reazione del corpo papillare e derma, nelle forme in periodo di sviluppo maggiore si può notare invece una forte proliferazione delle papille, con notevole sviluppo vasale, che non sembra proporzionato all' aumento del corpo mucoso, il quale resta a riempirne ed appianarne gl' interstizii. Per ciò che si riferisce poi alle cellule del corpo mucoso medesimo, è degno di nota che, a lato di elementi affato normali, si ne trovano altri che presentano in diverso grado quelle speciali alterazioni finora descritte come degenerazione vacuolare, rigonfiamento idropico degli epitelii ecc.

Uno studio più minuto ci ha mostrato inoltre, in alcuni degli stessi preparati, la presenza di speciali forme, che ricordano assai da vicino quelle state già da molti considerate come coccidii o psorospermi. Infatti, sia nel detritus delle vegetazioni, che fra gli elementi disgregati ed alterati dello strato corneo e sia ancora fra le cellule del corpo mucoso del Malpighi, si possono scorgere degli elementi di forma rotonda od ovoidale, circondati da una membrana alquanto inspessita, di aspetto vescicolare, contenenti molte granulazioni intensamente colorate, le quale mascherano un corpicciuolo, che nei preparati all' ematossilina è anch' esso di colore bleu cupo, ora situato al centro, ora alla periferia dell' elemento. Alcuni fra questi corpi sono compresi nell' interno di cellule epiteliali, il cui nucleo, spesso di forma semilunare, è ricacciato alla periferia. Non mancano, sia fra le cellule del corpo mucoso, che fra quelle dello strato corneo delle forme a zone concentriche ed anche forme cistiche, evidenti sovratutto nelle sezioni dei pezzi trattati con l' acido osmico, contenenti nel loro interno uno o più elementi.

Noi siamo ben lungi, signori, dal volerci pronunziare sulla natura vera di queste forme e non abbiamo punto la pretenzione di avere con questo nostro studio fatto la luce sul momento genetico del condiloma acuminato. Ciascuno sa che nelle condizioni attuali di conoscenza su questa classe di microorganismi inferiori (sporozoarii) sia prematuro un giudizio definitivo ed istologi illustri tendono piuttosto a considerare le anzidette forme fra le degenerative degli elementi cellulari. È indispensabile uno studio ulteriore e sovratutto, crediamo, i nostri maggiori sforzi dovranno essere diretti alla ricerca di un mezzo di colorazione speciale e possibilmente di coltura che possano distinguere questi elementi ed essere così nel caso di separarli sicuramente da ogni altra forma cellulare in degenerazione. A noi basta pel momento di aver attirato l' attenzione dei membri di questo illustre Congresso sulla esistenza di alcune

forme di non facile interpretazione nel tessuto del condiloma acuminato, non ancora da altri, che noi sapessimo precedentemente segnalata e sulla necessità di proseguire le ricerche dal punto di vista di una possibile natura parassitaria dell' affezione in parola.

La sola conclusione, che dal nostro studio saremmo pel momento autorizzati a trarre, è la seguente: ovemai quegli elementi descritti dal Neisser, Darier, Malassez, Pfeiffer. Foa ecc. vengano indiscutibilmente dimostrati per forme parassitarie appartenenti all' ordine dei psorospermi, anche il condiloma acuminato dovrà con ogni probabilità rientrare in quel gruppo di affezioni, che si vanno comprendendo sotto il nome di psorospermosi.

---

## *VIII. Sitzung. — 12 Uhr Mittags.*

Vorsitzender: **Kalindero.**

Herr Morris (London):

### Lupus erythematosus.

Among the many advantages of Congresses, such as that which I have now the honour to address, one of the greatest is the opportunity thereby afforded us of reviewing from time to time the work that has been done in the interval, and, at is were, marking the point reached at a given moment by the rising tide of scientific progress. Workers in any special line of research are thus enabled to forme a judgement, more accurate than could otherwise be arrived at, as to what is being done by other investigators, and as to the drift and significance of their researches. In this way the exact position of any particular question in debate can easily be defined, and even if no final conclusion is reached, the direction in which the current of authoritative opinion is setting is clearly ascertained.

Among the unsolved problems of dermatology there is none more interesting, and hardly any of greater practical importance, than the nature of lupus erythematosus, and the relation of that most perplexing of skin diseases to lupus vulgaris. Eleven years have now passed since the question was discussed before a gathering of dermatologists representative of the speciality throughout the world. The intervening period has been an eventful one in the annals of dermatology, as well as of medical science in general, and although the question may not yet be altogether ripe for settlement, the time seems to me to have come for us to take our bearings, and see clearly where we are and in what direction our course lies.

Taking the discussion at the Seventh International Medical ;ress, held in London in 1881, as a starting-point, let me briefly l the chief points in the evolution of scientific opinion on the :ct since that date. The question as propounded by Kaposi on occasion was, »Is lupus erythematosus an inflammatory pro- or a neoplastic one?« [1]) In a communication of great and ıanent value, the distinguished head of the Vienna School of ıatologists pointed out that although he had formerly — »merely ıake a concession to custom« — ranked lupus erythematosus ıg the neoplasms next to lupus vulgaris, he had always in- d that the disease was essentially inflammatory in nature, and lutely distinct from lupus vulgaris. According to him, lupus hematosus always begins by the appearance of »primary erup- spots«, characterized by a red, elevated, hyperæmic and infil- :d border, and a central scarlike depression, which is either oth or covered with a dry, firmly-adherent scab. In its further :lopment the process follows one of two principal types: spreading :r by the peripheral enlargement of single spots (lupus erythe- osus discoides), or by the successive appearance of fresh crops ipots which coalesce and form patches of considerable size us erythematosus aggregatus). The former is usually confined he face and head (including the mucous membrane of the th) occasionally also attacking the fingers; it is exceedingly nic in its course, but, according to Kaposi, the clinical signs ·ly indicate its inflammatory nature. The latter variety is much : acute, and the inflammatory symptoms are correspondingly : conspicuous. The local phenomena are not infrequently ac- oanied by constitutional disturbance of great severity, and this of the disease sometimes — in Kaposi's experience — proves . The inflammatory nature of lupus erythematosus aggregatus also established by the histological investigations of Neumann, dings, Thin, Stroganoff, Geber, and Kaposi himself. Kaposi red[2]) that the inflammatory process did not always begin in sebaceous glands, as had been previously taught, but might mence in any layer of the skin, superficial or deep. Kaposi ıer affirmed that the scar which is the final result of the process ot a true cicatrix (which is always a product of granulation, of a neoplastic process), but a local atrophy of the skin. As he cause of the disease Kaposi was unable to say more than that

[1]) Trans. Intern. Med. Congress, London 1881, Vol. III., p. 163.
[2]) l. c. p. 164.

it was in many cases purely local, both in its origin and in its course. Of fifty-three cases treated by him in the decennium 1871—81, eigth died: in six of these pleuro-pneumonia, and in two tuberculosis of the lungs, was the immediate cause of death. Besides these conditions, atrophy of the cerebral cortex and œdema of the meninges were found more than once, but neither in these nor in the other cases were any changes found in the cord, the sympathetic or the cervical ganglia which could warrant the belief that the primary cause of the disease was a lesion of the trophic or vaso-motor centres. Kaposi's view in 1881, therefore, was that lupus erythematosus is an inflammatory process, in many cases local both in origin and course, its starting-point often being a congestive seborrhœa of the nose, either occurring spontaneously or as a sequel of erysipelas or smallpox.

Th. Veiel of Canstatt, who followed Kaposi on that occasion (and I cannot but feel it as a high honour to be associated with so distinguished a dermatologist in opening the present debate), speaking from an experience of fifty-five cases, argued strongly in favour of the nosological independence of lupus erythematosus, and defined with great precision the features, clinical and anatomical, which differentiate it from lupus vulgaris.[1] As regards the etiology, he maintained that while the disease is often connected with scrofula, tuberculosis, gout, and chlorosis — especially the two former — the existence of a direct relationship between them had not been conclusively proved. The disease of the sebaceous glands was, he contended, only an accidental circumstance, although it gave a special character to the process. The primary and essential feature of lupus erythematosus was, according to Veiel, the accumulation of blood corpuscles in the dilated capillaries of the papillary layer and the corium, with cell infiltration in the neighbourhood of the blood vessels. These changes were perceptible when the sebaceous and sudoriparous glands were still intact. The affection of the glands was the result of disease of the plexuses of blood vessels surrounding them. Veiel therefore suggested that all terms (such as lupus acneiformis, lupus seborrhagicus, lupus acnéique, etc.) implying any necessary connection between lupus erythematosus and the sebaceous glands should be given up. In the discussion which followed the reading of the papers of Kaposi and Veiel, the president of the section (the late Sir Erasmus Wilson) expressed

[1]) Trans. Intern. Med. Congress, London 1881, Vol. III., p. 167.

ıion that lupus erythematosus was an inflammatory affection ıfter exposure to irritating influences; Vidal contended that ase was not inflammatory, but »intermediate between in- ion and neoplasm«; Unna argued that it was at first in- ory, but eventually became a new growth; Schwimmer's ıs that the disease was purely local and inflammatory, while ·reed with Kaposi and Veiel that it was essentially distinct ɔus vulgaris, and expressed himself an adherent of the in- ory as against the neoplastic theory. This, then, was the in which the question was left by the International Medical s of 1881.

ıortly afterwards the conditions of the problem were entirely . On March 24, 1882, Robert Koch made his memorable ıication to the Berlin Physiological Society, announcing his y of a specific bacillus in tuberculous tissues. In an assembly : present it is unnecessary to recall all the steps of that ing discovery. It is sufficient to say that the bacillus was ı miliary tuberculosis, caseous pneumonia, intestinal and ır tuberculosis, and in Perlsucht. It was found constantly in all tuberculous diseases, but never in other morbid con- Koch had succeeded in cultivating the micro-organism to generations outside the body, and by inoculating animals : cultures had induced genuine tuberculous formations, from gain the bacillus could be recovered. The chain of proof refore complete, and the bacillus was definitively shown to only an invariable concomitant of tuberculosis, but the actual nic factor in its development. Before the discovery of the bacillus, the tubercular nature of lupus vulgaris had been by some investigators — notably by Förster and Fried- — on the ground of the presence of the so-called »giant« the diseased tissues. After the publication of Koch's dis- therefore, it was natural that the bacillus should be sought he lesions of lupus. Demme was the first who succeeded ıg it.[1]) In 1883 he found tubercle bacilli in three cases; the ·ganisms were present in very small numbers, and were ıally imbedded in the giant cells. Soon afterwards Pfeiffer[2]) acilli in two out of eight sections in a case of lupus of the tiva. Doutrelepont[3]) found the micro-organism in twenty-five

»Berliner Klin. Wochenschrift Nr. 15, 1883.
Ibid., July 1883.
»Monatsheft f. prakt. Derm.«, Bd. II., Nr. 6, 1883.

cases of the disease; many sections, however, contained no bacilli — a fact which, as he points out, explains the negative results of some other investigators. Schuchardt and Krause [1]) also found tubercle bacilli in four cases of lupus. These observations have since obtained the fullest confirmation at the hands of Koch himself, Neisser, Cornil, Leloir, Pick, Köbner, Block, Sachs, Bender, etc.[2]) The experimental proof was furnished by Koch,[3]) who cultivated bacilli found in lupus-tissue, and inoculated guinea-pigs with pure cultures of the microbe, with the result that the animals became tuberculous. Leloir's[4]) experiments (200 in number) supplied the strongest confirmation of those of Koch. Similar results were obtained by Hippolyte Martin, Cornil, Doutrelepont, A. Lingard, and others, and the doctrine that lupus vulgaris is a form of cutaneous tuberculosis is now generally accepted by dermatologists, with the notable exceptions of Kaposi[5]) and Schwimmer,[6]) who still deny the identity of the two processes.

Returning again to the disease which forms the subject of our discussion, the question is not now, as it was in 1881, whether lupus erythematosus is an inflammatory affection or a new growth, but whether it is, or is not, of bacillary origin, like lupus vulgaris. On this point there is a division of opinion among dermatologists which it is to be hoped the present Congress will do something to remove. Kaposi, who, as just stated, refuses to admit the tubercular nature of lupus vulgaris, a fortiori denies that tubercle has been proved to be the pathogenic element in lupus erythematosus. Leloir,[7]) whose researches on the subject are among the most exhaustive that have been published, »absolutely reserves his opinion on the tubercular or non-tubercular nature of the affection.« Neither the clinical evidence nor the results of histological, bacteriological and experimental research appear to him in any degree to warrant

[1]) »Fortschr. d. Med.«, 1883.

[2]) See »Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie«, 1884; »Viertel-jahresschr. f. Derm. u. Syph.«, 1886; and »Deutsch. Med. Woch.« No. 23, 1886.

[3]) »Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte, zweiter Band,« p. 38, Berlin 1884.

[4]) »Comptes Rend. de la Soc. de Biol.«, 1883; and »Comptes Rend. du Congrès Internat. de Copenhague«, 1884.

[5]) »Maladies de la Peau.« Besnier and Doyon's Transl., 2nd Ed., t. II., p. 411, 1891.

[6]) »Tagebl. d. 59. Versamml. deutsch. Naturf. und Aerzte zu Berlin«, 1886, p. 224.

[7]) »Arch. de Physiologie«, No. 4, October 1890.

the belief that lupus erythematosus is even an attenuated tuberculosis of the skin. The clinical argument he dismisses very briefly. The statement that lupus erythematosus can in certain cases become transformed into the vulgaris variety he traverses by saying that he has never seen such a transformation except in one case in which he made a wrong diagnosis. He has since then learned by experience that »lupus vulgaris may in certain cases, when the nodules — confluent, spread out, superficial and congestive — are seated in the papillary layer, simulate lupus erythematosus.« Histologically, there is no similarity between the lesions in the two affections, one striking point of distinction being that whereas in lupus vulgaris the giant cells are numerous and characteristic in appearance these elements are entirely wanting in lupus erythematosus. Leloir has never fond a single tubercle bacillus in lupus erythematosus, and the results of experimental inoculations made by him have been entirely negative, except in one case of the kind referred to above, in which the disease, though at first taken for lupus erythematosus, was subsequently proved to be lupus vulgaris. Vidal[1]) also holds the opinion that lupus erythematosus has not been shown to be tubercular. In a series of microscopic examinations of a patch of lupus erythematosus of the discoid variety excised from the occipital region of an elderly but otherwise healthy lady, J. Schütz,[2]) »in spite of careful and varied researches,« and staining by the methods of Löffler, Kühne, and Gram, failed to find evidence of the presence of micro-organisms. Among other adherents of the non-tubercular doctrine may be mentioned Payne,[3]) Feulard,[4]) Radcliffe Crocker,[5]) and, generally speaking, the Vienna School and the German and younger French dermatologists.

On the other hand Besnier and Doyon,[6]) while admitting that the anatomical and experimental evidence is at present against them, affirm that they have, »by clinical observation long pursued, convinced themselves of the relation which connects lupus erythematosus with lupus vulgaris, and both these morbid processes

[1]) »Réunion Clin. des Médecins de l'Hôpital St. Louis«, 1889.

[2]) »Archiv f. Dermatologie u. Syph.«, 1890.

[3]) »St. Thomas's Hosp. Reports«, 1883. London: 1884, N. S. VIII, pp. 330—333.

[4]) »Réunion Clin. des Médecins de l'Hôpital St. Louis«, 1889.

[5]) »Diseases of the Skin.« London: 1888, p. 406.

[6]) Kaposi, »Maladies de la Peau.« French Transl.; 2nd Ed., Paris 1891, vol. II, p. 282, et seq.

with external local tuberculosis developing in lymphatic subjects.« They sum up the discussion by saying that »the history of the tuberculous element, its complete morphology, its bacteriological and experimental technique are still far removed from the absolute certainty which would be required to make negative results, such as those appealed to by Professor Leloir, prevail against the positive results of clinical observation to which we prefer to submit ourselves, at least till fuller information is available.« The clinical evidence on which they rely is also best given in their own words: »Let those who have the opportunity of making new observations make an attentive, impartial, and adequate investigation into each individual case, and they will often find, as we do every day, one of the ordinary causes of cutaneous scrofulo-tuberculosis, that is to say, a history of acute or chronic tuberculosis in the patient's family, or in the persons or animals with whom he is in immediate and prolonged contact, either by habitual cohabitation or by attendance during the course of a tuberculous disease.« The fundamental pathological identity of lupus vulgaris and lupus erythematosus is also maintained by Jonathan Hutchinson.[1]) In his Harveian Lectures on lupus he says: »Between common lupus and lupus erythematosus there are bonds of essential relationship, whether we regard their clinical features or their histological characters. . . It has been made probable that all forms of lupus are in occasional relationship with the state of health which gives liability to tuberculosis and to diseases of the scrofulous class.« Elsewhere he says: »There can be little doubt that those who inherit a constitution liable to the easy growth of the tubercle bacillus are liable also to all forms of lupus. They are just as prone, perhaps more so, to be attacked by erythematosus as by vulgaris.« While admitting that no bacillus has yet been recognized in well-marked lupus erythematosus, Hutchinson says that »this is only a question of time, for tuberculous antecedents in the subjects of lupus erythematosus are, I think, more frequently met with than in those who present the vulgaris form.« He adds, however, that it would be premature to venture upon any opinion as to the relationship of the bacillus to the lupus process. Hallopeau[2]) also considers lupus erythematosus to be a tubercular affection, and the same view finds a supporter in Jamieson.[3])

[1]) »Brit. Med. Journ.«, January 7th, 14th, 21st, 1888.

[2]) »Ann. de Derm. et de Syph. 1891, p. 857.

[3]) »Diseases of the Skin.« Edinburgh 1888, p. 452.

The tuberculin test is now admitted to be at present too uncertain and ambiguous to be of any practical value in deciding such a question as is here under consideration. A reaction has been obtained in some cases of lupus erythematosus,[1]) though, as a rule, the phenomena were much less marked than in cases of lupus vulgaris, but as reactions of exactly the same kind have been obtained in cases of leprosy, syphilis, and even sarcoma,[2]) I am not disposed to place any reliance on tuberculin as a diagnostic agent in diseases of the skin.

On the whole it may be said that the evidence at present in our possession, while insufficient to justify a definitive conclusion one way or the other, tends strongly to show that the specific irritant — if any such there be — which sets up the inflammatory process which we term lupus erythematosus, is not the tubercle bacillus. While fully agreeing with Besnier that the negative teachings of the laboratory must not be allowed to override the positive teachings of clinical experience it appears to me that in the present instance the clinician has almost as little to adduce in the way of positive evidence as the bacteriologist. The »clinical« argument rests almost entirely on the alleged frequency of a history of tuberculosis in the patient's family, or of the co-existence of pulmonary phthisis or other tubercular manifestation in the subject of lupus erythematosus himself. As to this I can only say that my own experience agrees with that of Payne,[3]) who says that the association of that affection with »any so-called scrofulous disease« is not too common to be a mere coincidence. In the great majority of cases that have come under my observation the patients have not presented any sign of constitutional taint or weakness, even when large areas of the skin were involved. Besnier's argument from the mere fact of exposure to tubercular infection would prove too much, for by parity of reasoning many other skin affections, e. g., acne, eczema, naevus, and even corns might be shown to be tubercular.

Of C. Boeck's attempt to reconcile the discrepant views as to the nature of lupus erythematosus by suggesting that it is »the

[1]) Schweninger and Buzzi, »Monatsh. f. Derm.« XI., p. 581; Lewin, ibid., XII., p. 177; Rosenthal, ibid., XII., p. 183. A reaction after the injection of tuberculin was also observed in several cases of lupus erythematosus under my own care.

[2]) Kaposi, »Monatsh. f. Dermatol.«, XI., p. 584.

[3]) Loc. cit.

expression of a toxic effect of a masked tuberculosis, but evidently not a tuberculosis of the skin,« it is sufficient to say, that, like most compromises, it will satisfy neither party. It is obviously incapable either of proof or of disproof, and therefore need not detain us.

The search for parasitic organisms other than tubercle bacilli in the lesions of lupus erythematosus has hitherto been unsuccessful. Ravogli[1]) described certain cocci which he found in and between the horny cells, and arranged in chains in the cutis, and similar micro-organisms were described by Risso.[2]) The accuracy of these observations is, however, considered very doubtful by those best qualified to judge. Other investigators who have followed the same line of research have had negative results.[3])

My own view of the disease is that, with all due submission to Hutchinson, lupus erythematosus is a distinct »pathological entity«, differing as much from lupus vulgaris as a simple from a syphilitic ulcer. I agree with those who refuse to regard it as a cutaneous tuberculosis; and I base my belief on this point not only on the negative results of microscopic and experimental research, but on positive clinical facts which to my mind have more weight than the presumptive evidence of hereditary tendency or possibility of infection on which the adherents of the tubercular theory rely. Thus lupus erythematosus never ulcerates, whereas tubercular lesions have a strong tendency, sooner or later, to break down. Lupus erythematosus spreads at the edge, not by the developement of nodules in the corium. The symmetrical arrangement of the patches in lupus erythematosus is also in favour of their being of non-tubercular nature. Again, lupus erythematosus never occurs in children, whereas lupus vulgaris, which is a tubercular process, usually begins before puberty, often in early childhood. While in lupus vulgaris, tubercular disease of bones, joints, and glands is a frequent concomitant, this is extremely rare in lupus erythematosus. I have never seen such an association in any of my own cases. The worst case, that is the one in which the disease was most extensive and prolonged, was shown at the International Medical Congress[4]) in London in 1881. The disease had then

[1]) »Monatsh. f. Dermatol.«, VI., p. 939.

[2]) »Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e della Pelle«, 1887, fasc. 5.

[3]) See »Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.« 1886, and »Trans. Eighth Internat. Med. Congress, Washington 1887, Section 14.

[4]) »Trans. Intern. Med. Congress, London 1881. Museum volume, p. 98.

ologist knows, it is often impossible to distinguish
ıatosus of the fingers from chilblains, and it is only when
tacked at the same time that the clinician is able to
disease in the fingers. Although it has been gravely
at chilblains are of tubercular nature, the theory has
eve, remained the monopoly of its authors.[1])
opinion lupus erythematosus is an inflammatory affection
the erythema group, and not necessarily connected
robic infective agent. It is probably dependent, in the
on local disturbance of the circulation, the most recent
ving shown that the process begins not in the glan-
the blood vessels of the superficial layers of the cutis.
ory disturbance may be due, in some cases, to an
ncy, such as cold or heat — a circumstance which
lain the marked preference shown by lupus erythema-
osed parts of the body, such as the face and hands;
s to nerve disorder. L. Perrin, of Marseilles, has re-
ase of a girl aged eighteen who, after a violent mental
time of the earthquakes of 1887, followed by tempo-
and suppression of the menses, developed lupus ery-
of the disseminate variety. Perrin thinks the shock
d the way for the pathological process. Though Kaposi
gross lesions in the nerve centres in the cases which
for the purpose, it is obvious that these were too few
base a negative deduction upon; moreover, the changes
nquestionably the case in several diseases of nervous
too minute a character to be recognizable by any

and Iscovesco. »Compt. Rend. du Congrès Intern., &c., Der-
yphili de Paris«, 1889, p. 511, et seq. The view was based on
of chilblains among the scrofulous children in the Sanatorium
fer. No bacilli were found, but inoculations in rabbits produced,
eral tuberculosis. The fallacies of such experiments, under the
are too obvious to require comment.

means of research at our disposal. The supervention of acute inflammation may possibly be due to the invasion of the affected parts by some parasite, such as the streptococcus of erysipelas.

As regards the varieties of lupus erythematosus, I recognize two principal types: *a*) the eruptive, corresponding to Kaposi's »aggregate« or »discrete«; and *b*) the slow-spreading, Kaposi's »discoid«; and I have nothing to add to his description of them. The numerous minute subdivisions of Besnier and Doyon appear to me to be confusing rather than helpful. Kaposi's third variety, in which the constitutional symptoms are of intense severity and the disease often ends in death, I have never met with in my own practice, nor have I heard of cases in the practice of other dermatologists in England. In can only conjecture that in these cases the local affection becomes complicated by erysipelas or some other acute infective process grafted on it.

Leloir[1]) has described a class of cases in which lupus vulgaris closely similates lupus erythematosus. He says this form — which he calls lupus vulgaire érythématoïde — usually affects the face and, in exceptional cases, the neck and trunk; he has never seen it on the limbs. It occurs as a patch of greater or less size, sometimes as two or three patches beginning generally on one cheek; it is usually confined to one side, but in some cases attacks the nose and both cheeks symmetrically so as to produce the classic appearance of the »butterfly« or »bat's wings«. The appearance of the surface closely resembles that of true lupus erythematosus (seborrhoea congestiva of Hebra), but frequently on stretching the skin about the spreeding edge of the disease small yellowish nodules having the characters of ordinary lupus nodules can be more or less distinctly recognized. The patches never ulcerate, but a tendency to cicatrization may be seen at the edge, which is never observed in true lupus erythematosus. The process is extremely chronic and, in spite of its relatively benign appearance, is very refractory to treatment. In some cases after a longer or shorter period of time, lupus nodules may gradually invade the whole surface of the patch or a considerable part of it. This is what used to be described as the »transformation« of lupus erythematosus into lupus vulgaris; the process is, however, in reality nothing more than the transformation of the diffuse and flat infiltration of lupus vulgaris erythematoides into a nodular raised infiltration.

1) »Journ. des Maladies Cutanées et Syphilitiques«, May, 1891.

n two cases Leloir has seen this form of lupus vulgaris extending rom the cheek to the inside of the lip, and he suggests that the ases in which lupus erythematosus is reported to have attacked nucous membranes were really examples of the erythematoid variety of lupus vulgaris. It is unquestionably the fact that lupus erythematosus may in certain parts, as, for instance, the lips, become very nodular and approximate closely in appearance to lupus vulgaris. It sometimes, though rarely, affects mucous membrane; I have at present under my care a man in whom the disease has attacked the inside of the lower lip. Leloir has supplemented the clinical evidence pointing to the true nature of the affection which he describes by experimental inoculations of diseased tissue from six cases (four of lupus vulgaris erythematoides of the skin, and two of mucous membrane); in all positive results were obtained. He also found tubercle bacilli in small numbers. The microscopic appearances varied in different cases, but, as a rule, partook to a greater or less extent of the characteristic features of both affections. A point considered by Leloir to be of great importance as justifying the classification of the disease with lupus vulgaris was the constant presence of giant cells, which are never met with in lupus erythematosus. The hybrid affection here described by Leloir has been, in all probability, the source of much of the confusion which has hitherto surrounded the subject of lupus erythematosus.

Another source of confusion is to be found in the nomenclature at present in use. As Kaposi pointed out in 1881, the name »lupus erythematosus« has always been an obstacle to the correct understanding of the nature of the disease. I agree with Hutchinson that it would be well to discard such terms as »exedens«, »hypertrophicus«, etc., when speaking of lupus vulgaris as denoting mere accidents of the disease; and I must confess that I think Hutchinson's own system of compound names (e. g., acne-lupus, eczema-lupus) open to the same objection. The name »Cazenave's disease« proposed by Payne, as involving no theory as to the nature of the process, is not likely to be generally adopted, nor do I think it deserves to be so; the patronymic nomenclature of diseases is objectionable, as there are sure to be rival claimants for the honour in different countries, with the result that scientific terminology becomes both meaningless and unnecessarily burdensome to the memory. Unna[1]) proposed the term »Ulerythema« (οὐλή = cica-

[1]) »Monatsh. f. prakt. Dermatol.« Vol. IX, 1889, p. 139, and »Internat. Atlas of Rare Skin Diseases«, No. 1, 1889.

trix) for a groupe of skin diseases in which inflammatory infiltrations are absorbed without suppuration, giving lupus erythematosus as the type of the class. I think with Unnna that a source of confusion would be removed if the name »lupus« were abandoned in speaking of the disease which forms the subject of the present discussion, and as the fundamental lesion of lupus erythematosus is an inflammation of the skin causing degenerative changes, and finally leading to atrophy, I submit (with some misgiving) the term »erythema atrophicans« as a substitute.

To sum up. The conception of lupus erythematosus as a neoplastic process may be looked upon as entirely exploded, there being neither clinical nor microscopic evidence to support it. The inflammatory nature of the process is clearely shown by the microscopic appearances of the affected tissues (Leloir, Schütz); the process has no necessary connection with the sebaceous or sweat-glands, but begins in the blood-vessels. As to the cause of the inflammation, nothing is known with certainty. The doctrine that the tubercle bacillus is the exciting agent, must be put aside as »not proven«, the anatomical and bacteriological evidence being absolutely against it, and the clinical evidence — relied on by some — resting on no sure foundation. With regard to micro-organisms of other kinds, their presence in the lesions of lupus erythematosus is very doubtful and even if this be confirmed, their causative relation to the process would still have to be shown. At present, therefore lupus erythematosus must be regarded as a chronic inflammation of the skin, local in its origin and generally local in its course, unconnected, as far as our present knowledge goes, with any underlying constitutional state.

---

Herr Veiel (Cannstadt):

## Ueber Lupus erythematosus.

Hochverehrte Versammlung!

Der Aufforderung unseres hochverehrten Präsidenten folgend lege ich Ihnen in Kurzem meine Ansicht über die Natur und Behandlung des Lupus erythematosus vor mit der Bitte, mir nach Ihrer reichen Erfahrung etwaige Irrthümer nachzuweisen und mich eines Besseren zu belehren.

119 Fälle von Lupus erythematosus wurden bis jetzt in der von mir geleiteten Heilanstalt für Hautkranke in Cannstatt behandelt und es liegen die hierbei gemachten Erfahrungen dem Folgenden zu Grunde.

Als erste möchte ich auf diesem Congresse Ihnen die Frage vorlegen: Ist der Lupus erythematosus eine Krankheit eigener Art oder ist er nur eine Unterabtheilung des Lupus vulgaris und damit, wie wohl heute Niemand mehr bestreiten wird, der Tuberculose?

Ich halte den Lupus erythematosus entschieden für nicht tuberculös, wegen der Verschiedenheit der Symptome, indem der Lupus erythematosus nie die dem Lupus vulgaris charakteristischen Knötchen bildet, nie in Erweichung, Vereiterung und Verschwärung übergeht. Nie habe ich aus einem Lupus erythematosus einen Lupus vulgaris entstehen sehen oder umgekehrt.

Bei den histologischen Untersuchungen ist es weder mir noch allen anderen Forschern (Kaposi, Neumann, Geddings, Thin, Stroganow, Geber, Morison, Risso, Schütz, Miethke und dem ausgezeichneten französischen Histologen Leloir) gelungen, Riesenzellen oder Tuberkelbacillen nachzuweisen. Ebenso ist bis jetzt meines Wissens nie eine tuberculöse Infection eines Thieres durch Lupus erythematosus gelungen. Wenn nun auch das Tuberculin die sichere Auskunft über das, was tuberculös und was nicht tuberculös ist, nicht zu geben vermag, indem auch andere Krankheiten auf dasselbe local und allgemein reagiren, so ist doch anzunehmen, dass Krankheiten, welche auf dasselbe nicht reagiren, nicht tuberculöser Natur sind. Nun ist die Zahl der Fälle von Lupus erythematosus, welche auf Tuberculin local und allgemein die gleiche Reaction wie Lupus vulgaris zeigen, so ausserordentlich gering, dass sie gegenüber den zahlreichen negativen Impfungen nicht entscheidend in die Wagschale fällt. Ich selbst habe wenigstens keinen einzigen Fall von Lupus erythematosus local, und nur einen einzigen, und zwar in geringem Grade, allgemein reagiren sehen. Wenn wir annehmen, wie schwer in manchen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematosus ist, so wäre die Möglichkeit, dass in vereinzelten Fällen ein diagnostischer Irrthum unterlaufen wäre, nicht unmöglich, und dass es sich um solche Fälle von Lupus vulgaris gehandelt haben kann, welche Leloir Lupus erythematoïdes genannt hat. Dass natürlich der Lupus erythematosus, ohne selbst tuberculöser Natur zu sein, bei an anderweitiger Tuberculose leidenden Menschen vorkommen kann, ist selbstver-

ständlich, und es mögen zum Theil solche Fälle gewesen sein, welche nur allgemein, nicht aber local schon auf mässige Dosen reagirten.

Von den 119 in meiner Anstalt behandelten Fällen sind so viel mir bekannt, nur 5 später an Tuberculose ausserhalb der Anstalt gestorben; bei nicht ganz einem Drittel der Fälle liessen sich vereinzelte Erkrankungen an Tuberculose bei den Angehörigen (Grosseltern, Eltern, Geschwister der Eltern, Geschwister und Kinder nachweisen, ein Verhältniss, wie es auch bei anderen Krankheiten nicht tuberculöser Natur bei der grossen Häufigkeit der Tuberculose (1/7 sämmtlicher Todesfälle) gefunden zu werden pflegt.

Die zweite folgerichtige Frage wäre: Wenn der Lupus erythematosus nicht tuberculöser Natur ist, worin besteht dann die Ursache desselben?

Die Antwort lautet: Non liquet. Denn wenn wir auch aus der Art des Auftretens und des peripheren Weiterschreitens der Krankheit, wie bei der Syphilis, annehmen müssen, dass eine parasitäre Ursache zu Grunde liegt, so ist bis jetzt der Nachweis dieses Parasiten nicht gelungen. Wir sollten deshalb bis zur Entdeckung desselben an der Bezeichnung Lupus erythematosus festhalten, um nicht durch unnöthige Vermehrung der Namen, wo Begriffe noch fehlen, die Confusion in der dermatologischen Terminologie zu vermehren. — Die histologische Untersuchung ergibt uns nur einen chronischen, in den oberen Schichten der Cutis und im Papillarkörper beginnenden, später auf die die Talg- und Schweissdrüsen umspinnenden Gefässnetze übergreifenden, mit Atrophie endigenden Entzündungsprocess.

Zur Therapie habe ich folgende drei Fragen vorzulegen:

1. Gibt es ein inneres Mittel zur Heilung des Lupus erythematosus?

Innere Mittel allein haben mich beim Lupus erythematosus bis jetzt nie zum Ziele geführt; weder von Quecksilber und Jod, noch von Arsenik und Leberthran habe ich je eine Heilung gesehen. Zweifellos ist aber, dass eine Besserung der Gesammtconstitution günstig auf die Heilung des Lupus erythematosus einwirkt. So habe ich bei zwei Damen, welche an einem stets in neuen subacuten Anfällen auftretenden Lupus erythematosus des Gesichtes litten, eine ganz auffallende Besserung erzielt, als ich sie aus der engen Grossstadtluft in eine milde Gebirgsluft versetzte.

Die zweite Frage lautet: Wann soll die Therapie des Lupus erythematosus beginnen?

Der Lupus erythematosus soll, so lange er sich im acuten r subacuten Stadium befindet, d. h. so lange die ganze Stelle iben, roth, heiss, nicht schuppend und ödematös ist, nicht mit ken Mitteln behandelt werden, da ein grosser Theil der kranken llen von selbst, mit oder ohne Narbenbildung zu heilen pflegt, i durch starke Mittel immer nur eine acute Verschlimmerung Leidens herbeigeführt wird. Hier darf nur mit milden Mitteln reupulver, kühlenden Waschwassern, grauem Pflaster, etc.) vorgangen werden. Ist aber der Lupus in das chronische Stadium rgegangen, hat die centrale Einsenkung und Schuppenbildung gonnen, und ist der periphere Wall nicht mehr von einem erymatösen Saum umgeben, so hat die energische locale Behandg einzusetzen. Hier gilt es nun weniger mit tief greifenden tteln vorzugehen, als mit solchen, welche eine oberflächliche rstörung herbeiführen. Durch strengste Antisepsis ist bei der heilung des gesetzten Schorfes eine stärkere entzündliche Reaction der Umgebung desselben möglichst zu vermeiden, da in dem hen Entzündungswall meistens der Lupus erythematosus wieder zutreten pflegt und man dann bei centraler Abheilung ein peririsches Weiterschreiten des Processes erzeugt. Dies ist uns igermassen begreiflich, wenn wir uns daran erinnern, dass andere zündliche Processe mit stärkerer reactiver Entzündung wie Pocken bra, Kaposi), Erisypel (Veiel, Crooker), Acne rosacea (Auspitz), ierungen (Erasmus Wilson, Besnier [Lupus erythematosus pernio] ı.) in Lupus erythematosus übergehen können.

Die dritte Frage lautet: Welche örtlichen Mittel haben h am meisten bewährt?

Ob die Zerstörung des kranken Gewebes erreicht wird durch nische Mittel wie Quecksilberjodid (Cazenave), Pyrogallussäure sch), Naphtol (Kaposi), Trichloressigsäure (Veiel), oder durch mische Mittel, wie Thermokauter, oder durch mechanische Mittel, Abschabung mit dem scharfen Löffel oder punktförmige Scarition, oder die von Vidal eingeführte Scarification linéaire qualée, ist im Grunde einerlei.

Ich gebe im Allgemeinen in neuerer Zeit bei kleinen umriebenen Stellen dem Pyrogallol den Vorzug wegen der schönen rbenbildung, während ich bei ausgedehnten Flächen wegen der ssen Schmerzhaftigkeit der Pyrogallolätzung und der möglichen ogallolintoxication lieber die Patienten in der Chloroformnarkose dem Thermokauter oder der Scarfication behandle und den

Schorf, um den rothen Entzündungshof zu vermeiden, unter einem Verband von schwachem Pyrogallolvaselin ($^1/_2$ %) abheile, welch' letzteres sich mir zu diesem Zwecke am meisten bewährt hat.

---

## Herr Petrini (Galatz):

### Note sur un cas de Lupus érythémateux généralisé (avec nécropsie et études histologiques).

I

La nature de cette dermopathie n'est pas encore complètement établie, puisque, alors que le professeur Kaposi range cette affection parmi les atrophies cutanées, MM. E. Besnier et Doyon, M. Hallopeau et d'autres savants, admettent sa nature tuberculeuse comme pour le lupus vulgaire.

M. Leloir[1]) de son côté, par ses nouvelles recherches histologiques et expérimentales sur la nature de cette affection, formule des conclusions qui ne sont pas dans les vues des auteurs français mentionnés ici.

M. Vidal n'admet pas non plus la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, et dans une des séances de la Société française de dermatologie de l'année derniere, se basant sur une trentaine de cas poursuivis plusieurs années, se prononce dans ce dernier sens.

J'ai eu à traiter jusqu'à présent un certain nombre de cas de lupus érythémateux, et par l'étude de mes observations, je n'ai pu me faire le partisan de la nature tuberculeuse de la dite dermatose.

Les résultats obtenus par les injections sous-cutanées avec la tuberculine de Koch n'ont pas été non plus en état d'éclairer ce point obscur de la question.

Sans prétendre que, par l'observation qui fait le sujet de cette communication, la nature de cette maladie serait complètement élucidée, il m'a semblée que les cas de lupus érythémateux généralisé étant assez rares, et l'occasion d'étudier histologiquement la plupart des organes de ces malades étant de même, ma communication contribuerait, surtout pour ceux qui n'admettent pas l'existence

[1]) »Archive de physiologie normale et pathologique«, No. d'octobre 1890, p. 690 et suiv.

ı tuberculose sans bacille de Koch, à fixer les opinions sur la ·e de lupus érythémateux.

En effet il s'agit d'un individu chez lequel la dermatose se ralisa sur presque tout le tégument externe, sur les muqueuses lèvres et de la cavité buccale au bout de quatre années. Chez ıalade, comme on le verra dans l'observation, l'état local des ns et l'état général allaient assez bien, quand tout à coup le de fut pris de fièvre avec une céphalalgie intense, vertiges, donnement dans les oreilles, et d'une légère toux accompagnée :rachats sanguinolents. Dès le lendemain nous constatons une tion de grosses bulles sur plusieurs points du tronc, et par cultation des poumons de fins râles sibilants et sous-crépitants éminés, surtout à droite.

Les jours suivants les bulles devinrent énormes, flasques, occut presque toute la peau du tronc. A la région lombaire et sur les es l'épiderme était soulevé en masse sur presque toutes ces ons. Dix jours après cette éruption pemphigoïde inattendue le ade succomba, et j'ai eu, comme je viens de le dire, l'occasion udier la plupart des organes.

Tout d'abord, comme la nature de la dermatose et la pathoie de la dite éruption intercurrente me préoccupaient, j'ai fait recherches microscopiques et bactériologiques en vue de trouver microorganismes.

Mais ces recherches ont été infructueuses, puisque, dans la ıu, les muqueuses lésées, les poumons et les ganglions nchiques, où par les méthodes d'Ehrlich et de Fraenkel j'ai rché le bacille de Koch, cet agent pathogène de la tuberculose pas été rencontré.

Je n'ai point constaté non plus de cellules géantes, qui faute bacilles de la tuberculose, ont toujours une certaine importance.

J'ai seulement constaté une certaine caséification, et une hyperhie du tissu conjonctif de quelques ganglions bronchiques, comme peut le voir sur mes préparations, mes cet état ne ressemble lement au tubercule ramolli.

## II

A l'époque où le malade fut atteint de la dite phlycténonie, l'influenza, quoique ne faisant trop des ravages, existait de même dans la localité, de sorte que j'ai été amené à acler une certaine influence sur la production de la dite éruption pidémie mentionnée.

Aussi, en faisant des préparations microscopiques du sang et du contenu liquide des bulles, suivant la méthode de Canon et Pfeiffer, j'ai constaté des streptocoques, très rares dans le sang pris du doigt du malade pendant sa vie, mais assez abondants dans le contenu des bulles.

Par conséquent, à côté des lésions qu'on verra plus loin, chez ce malade l'influenza a joué, comme je viens de le dire, un rôle assez grand, et n'a pas peu contribué au décès du malade.

Ceci étant dit, voici cette observation:

Lupus érythémateux généralisé. — Eruption pemphigoïde intercurrente. Décès. Nécropsie. Etude histologique des organes: peau, poumons, ganglions bronchiques, rein, foie, rate, moelle épinière, ganglions spinaux, nerfs périphèriques.

Le nommé Z. L., âgé de quarante-trois ans, est entré dans mon service de l'hôpital Colentina le 23 novembre 1891. Il meurt le 3 janvier 1892.

Le malade nous déclare que ses parents ont toujours été bien portants, ils n'ont jamais eu d'affection pulmonaire, son père est mort d'une fièvre typhoïde, sa mère est morte étant assez âgée. De cinq enfants qu'ils étaient, trois sont encore vivants, ce sont notre malade et deux sœurs. Quant à la cause de la mort de ses deux autres frères, ainsi qu'au point de vue des renseignements sur ses collatéraux, le malade ne sait rien.

Personnellement il s'est toujours bien porté, jamais de manifestation scrofuleuse, jamais de syphilis. Il y a quatre ans qu'il vit apparaître quelques taches rouges sur son nez; la rougeur a gagné lentement et successivement toute la figure, le thorax, le dos, les membres supérieurs, et finalement les cuisses. L'érythème a mis quatre ans pour parvenir à l'extension présente, et il y a quelques mois seulement que des taches rouges lupiques apparurent sur ses cuisses. De telles efflorescences qui représentent le stade commençant de l'éruption, se fusionnent plus tard en une plaque de couleur rouge.

Etat du malade à l'entrée dans nos salles: La figure présente des plaques érythémateuses d'un rouge foncé, à derme sclérosé, alternant avec d'autres plaques d'un rouge clair, légèrement déprimées; d'autres sont couvertes de cicatrices blanchâtres, et dans ces endroits le derme est atrophié. Cette disposition occupe toute la face, en haut jusqu'aux sourcils, latéralement jusqu'aux oreilles, et aux régions mastoïdiennes des deux côtés, en bas elle couvre tout le menton, la région sus-hyoïdienne et sus-claviculaire. Beaucoup de ces plaques sont couvertes sur plusieurs régions de croûtelles blanches grisâtres adhérentes. A leur périphérie on observe de nombreux points noirs. Ailleurs on voit des taches érythémateuses couvertes de squames minces. Les lèvres tuméfiées, épaissies, sont couvertes par le même érythème sur leurs deux

faces. Les muqueuses de la voûte palatine, du voile du palais et des joues paraissent épaissies présentant une rougeur intense et des taches cicatricielles. Le thorax présente à la partie supérieure du sternum des plaques d'érythème, alternant avec des taches cicatricielles blanches. Des plaques brunes, traces d'un érythème disparu, se voient sur la nuque. Des plaques érythémateuses d'un rouge foncé, couvertes des squames blanchâtres, adhérentes, se trouve sur le dos, entre les omoplates, au niveau de la région lombaire, sur le sacrum, sur les fesses. Des plaques d'un rouge clair, avec des portions cicatricielles, se voient sur l'abdomen.

Au niveau de l'omoplate gauche une grande plaque elliptique, ayant $2^1/_2$ et $1^1/_2$ centimètre de diamètre; la région deltoïdienne, la face externe et postérieure du bras gauche sont couvertes tantôt de plaques, tantôt de cicatrices et de croûtes.

Quelques plaques d'érythème dans les aisselles. La région deltoïdienne droite est couverte d'une tache rouge blanchâtre, d'une cicatrice à bords festonnés, ayant 5 centimètres de diamètre, ainsi que d'une plaque d'érythème croûtelleuse ayant $^4/_1$ centimètre de diamètre. Des semblables lésions se trouvent sur la face externe et postérieure du bras et du coude droit. Les membres inférieurs présentent au niveau des cuisses des plaques lupiques ayant la grandeur d'un petit pois.

Le malade, de constitution robuste, la musculature et le système osseux bien conformés, accuse une certaine démangeaison sur toute l'étendue des parties érythémateuses. Les ganglions inguinaux ainsi que ceux de l'aisselle droite sont peu augmentés de volume.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate, les organes digestifs n'offrent rien d'anormal. L'urine, examinée par le Dr. Bernath, dénote une diathèse urique, à cause de l'acide urique qui se trouve dans le sédiment.

L'épithélium vésical, le pus, le mucus, qui s'y trouvent aussi, dénotent une irritation des voies urinaires. La densité de l'urine, les matières extractives sont aux chiffres normaux. On y constate l'iode (à cause de l'iodoforme pris par le malade). Pas d'albumine, pas de sucre.

23 novembre. — Je lui institue à l'intérieur de l'iodoforme en pilules 20 centigrammes par jour. Il suit avec cette dose jusqu'au 2 décembre, où je la lui augmente à 30 centigrammes.

4 décembre. — A côté du traitement interne, je lui fais faire des lavages à la figure avec l'ésprit de savon de potasse, et application locale d'emplâtre de Vigo.

18 décembre. — La dose de l'iodoforme est portée à 40 centigrammes par jour; les mêmes applications locales sur la figure. L'état local est beaucoup amélioré.

24 décembre. — Le malade se plaint de vertige, de bourdonnements les oreilles, les crachats sont un peu sanguinolents; l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants et sibilants. Je supprime l'iodoforme et je préscris : 1⁰ décoction de polygala sénéga, 150 grammes; liqueur ammoniacale anisée, 4 grammes; sirop d'opium, 30 grammes, à prendre une cuillerée par heure; 2⁰ injections souscutanées d'éther; 3⁰ ventouses sèches sur le thorax.

Température soir, 39·5⁰; pouls, 102.

25 décembre. — Les crachats ne sont plus sanguinolents, les mêmes râles persistent. Même traitement en y ajoutant 1 gr. 25 de sulfate de quinine, et une limonade citrique. Température matin, 38°; soir, 38°.

26 décembre. — Même état, même traitement. Température matin, 37·5°; soir, 38°.

27 décembre. — Etat stationnaire, même traitement. Température matin, 37·3°; soir, 38·4°.

28 décembre. — Le malade a eu la nuit une céphalalgie violente; de plus, il présente une éruption bulleuse qui est distribuée de la façon suivante : sur le thorax au niveau du mamelon de chaque côté, une bulle grande comme une pièce de deux francs; au niveau des clavicules plusieurs grandes bulles, quelques-unes atteignant la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent; sur le dos des bulles grandes comme une pièce de deux francs; dans les aisselles et sur les fesses des bulles très grandes. Quelques petites bulles discrètes à la partie inférieure du thorax, et sur l'abdomen. Les cuisses présentent une rougeur intense, ainsi qu'une éruption de grandes bulles, dont quelques-unes sont flasques, de sorte que l'épiderme semble entièrement décollé. Ces phlyctènes s'étendent jusqu'au tiers supérieur de la jambe, leur contenu est jaunâtre.

Température matin, 38·8°; soir, 38·9°; pouls, 106.

La peau du malade est chaude au toucher. Je lui prescris à l'intérieur : 1° bromhydrate de quinine, 1 gr. 25 centigr.; 2° limonade citrique; 3° la décoction de polygale 150 gr., sirop d'opium 30 gr. Au niveau des surfaces dénudées pansement avec : vaseline, 50 gr.; acide citrique 1 gr.

29 décembre. — Les bulles parues le jour précédent sont devenues plus grandes, la peau est rouge. Nouvelle éruption de bulles sur les bras, les avant-bras, et les parties latérales de la nuque; sur le thorax, l'abdomen et le dos. — Même traitement. — J'ajoute pour l'emploi externe : poudre d'amidon, 100 gr.; acide salicylique 1 gr. pour saupoudrer certaines régions érythémateuses.

Température matin, 37·7°; soir, 38·3°.

Le volume considérable des bulles ressemble à des vastes phlyctènes qui s'observent dans les brûlures.

30 décembre. — Toute la surface du tronc, les membres supérieurs jusqu'aux mains, les membres inférieurs jusqu'au tiers supérieur des jambes sont couverts de bulles.

La tête seule est respectée. La plupart des bulles ont commencé à s'aplatir. La peau du corps est rouge, chaude. Le malade a beaucoup maigri, il souffre d'insomnies. Je lui répète le traitement, en y ajoutant le chloral. Température matin, 37·9°; soir, 39·7°.

31 décembre. — L'épiderme des bulles flasques qui couvraient les fesses et les cuisses commence à s'exfolier; de vastes surfaces dénudées sanguinolentes sont mises à nu. L'état général empire. Température matin, 38°; soir, 39·8°.

e traitement en y ajoutant : sulfate de quinine, 1 gr. 25; 0 gr. 30; chlorhydrate de morphine, 0 gr. 02, en 6 pilules. avec de la vaselîne boriquée et lavage préalable à l'acide 0/0 au niveau des surfaces dénudées. Occlusion par la ouate.

anvier 1892. — Des bulles apparaissent sur les paupières. sont aplaties, celles qui couvraient la nuque, le thorax, le ient, laissant en place des surfaces dénudées. L'état général is grave. Même traitement. Température matin, 39·2°;

men microscopique du contenu d'une bulle y dénote de nomules blancs, peu de globules rouges, et les microorganismes ous avons déjà parlé.

vier. — L'épiderme de toutes les bulles s'est exfolié de sorte des surfaces dénudées sanguinolentes, sur les cuisses, les lomen, les flancs, les aisselles, le scrotum.

nalade est très affaibli. Température matin, 37·9°; soir 38·5°.

vier. — Etat général très mauvais. Température, 37·7°. Le combe à onze heures et demie.

ropsie. — Aspect du cadavre. La peau est dénudée de son u niveau des régions scapulo-humérales, sur le thorax, le tiers es avant-bras, la face antérieure et interne de l'avant-bras paumes des mains.

cuisses présentent des vastes surfaces dénudées, d'un rouge ui s'étendent du pli de l'aine jusqu'aux genoux.

erge, le scrotum, les régions fessières présentent les mêmes

le dos la dénudation épidermique s'étend depuis les épaules esses, occupant de chaque côté une largeur égale à celle de le la main, respectant la partie moyenne occupée par l'éryque.

ques petites dénudations épidermiques occupent la figure, le égions malaires, les paupières et la nuque.

ct des organes. La muqueuse de la cavité buccale, du larynx achée n'offrent rien de remarquable; à la bifurcation de la muqueuse est un peu congestionnée.

oumon droit est plus volumineux que celui du côté gauche, upérieur présente une coleur ardoisée, son sommet est conla congestion se constate également à la partie supérieure férieur. Les ganglions bronchiques sont noirâtres. Un de ces offre le volume d'une noisette, il est résistant à la section, centre d'une couleur blanchâtre.

œur est de volume normal, l'endocarde un peu congestionné, que l'origine de l'aorte; à cet endroit on trouve aussi des Les valvules sont normales; la musculature est d'une couleur e foie est augmenté de volume, il offre une coloration jau: prononcée tant à la périphérie qu'à l'intérieur. Par la section un peu de sang des veines sus-hépatiques. La vésicule biliaire

est distendue par la bile, qui est d'une couleur verdâtre et d'une consistance sirupeuse. Les parois de la vésicule sont amincies.

La rate est de volume normal, résistante à la section, de couleur rouge blanchâtre; son extrémité inférieure offre même une couleur d'un vert noirâtre.

Reins. — Le rein droit est augmenté de volume, très congestionné, la capsule se détache facilement, laissant voir l'arborisation des vaisseaux sanguins. Le rein gauche offre le même aspect.

Le pancréas est un peu congestionné.

L'estomac présente quelques petites congestions de la muqueuse. Les intestins ne présentent rien d'anormal. De même la vessie.

Des fragments de peau pris à côté des zones érythémateuses et sur les parties lésées des régions du tronc, des fragments de poumon, de rate, de foie, des reins, de quelques ganglions bronchiques; toute la moelle épinière, les ganglions spinaux, et quelques nerfs périphériques, ont été pris pour l'examen histologique.

Examen histologique. — Comme nous l'avons dit, j'ai vainement cherché des bacilles de Koch dans les coupes de la peau et des poumons. Les méthodes que j'ai employées, sont celles d'Ehrlich et de Fraenkel.

Les différents fragments des organes ci-dessus mentionnés ont été durcis par l'alcool absolu et la liqueur de Müller. Les coupes montées dans le baume. Ces préparations m'ont montré ce qui suit:

La peau. — Atrophie considérable de la couche cornée de l'épiderme; disparition de cette couche sur beaucoup d'endroits, ainsi que son exfoliation sous forme de masses coniques. Les cellules du réseau malpighien sont en grande partie atrophiées, leur protoplasma a disparu, et se trouve remplacé par des vacuoles blanchâtres; les noyaux de ces cellules sont vésiculeux, ils présentent un double contour; à leur intérieur on voit des restes de nucléoles. La couche basale de cellules cylindriques est complètement disparue, on n'observe pas de stratum granulosum et lucidum.

Quelques-unes des préparations offrent des endroits où à la place des cellules de la couche muqueuse de l'épiderme on constate des vacuoles de 14 μ de diamètre, de forme ovoïde; dans ces préparations on rencontre encore la couche de cellules cylindriques, quoique un peu atrophiée.

Les prolongements du corps papillaire sont disparus en grande partie, la plupart de papilles dermiques sont effacées, leurs limites ne se laissent guère distinguer.

Les fibres épidermiques sont aussi disparues.

Le protoplasma de quelques cellules de la couche muqueuse de l'épiderme est imbibé de granulations pigmentaires noires. L'existence de ces cellules pigmentées n'a pas encore été signalée, que je sache, par d'autres auteurs. Des granulations de pigment, en moindre quantité, se rencontrent encore, à la surface des éléments dermiques, ainsi que dans les cellules des corps papillaires encore existants. Dans quelques préparations ces granulations de pigment

ıent des masses noirâtres, sphériques, plus ou moins grandes, de 8 μ et 16 μ de diamètre, de forme ovoïde; tantôt irrégulières, allon-, situées autour de l'extrémité inférieure des prolongements papillaires, emblent même se trouver à l'intérieur des vaisseaux phatiques dilatés. Ces granulations de pigment sembleraient ›lir le corps de quelques cellules embryonnaires sphériques, mais par oits, à la base des corps papillaires, elles semblent former simplement masses sphériques et allongées. Ces masses de granulations offrent ı d'autres préparations une couleur jaunâtre.

Il est probable que ces granulations résultent de la destruction de ques globules rouges, parce que, dans quelques préparations, nous :ontrons de tels globules à la surface de la préparation, soit même dehors d'elle. Ces globules sont tantôt petits, entourés ı bord noirâtre, tantôt plus grands, ce qui tend à con-ıer mon opinion que les granulations observées sont rigine hématique.

Le derme est infiltré par un grand nombre d'éléments sphériques ›ryonnaires; à la base des corps papillaires encore existants on observe granulations de pigment noir à l'intérieur de cellules embryonnaires.

Les vaisseaux sanguins de la couche superficielle du derme sont tés et remplis de globules rouges; il résulte de cette dilatation qu'ils t presque en contact avec le réseau malpighien. Cette dilatation ıpe surtout les veines, tandis que beaucoup d'artérioles ont leurs ois sclérosées, entourées de cellules embryonnaires, et leur calibre ·éci.

Les fibres conjonctives de cette couche sont épaissies, très serrées, mant ainsi un tissu dense, fibreux, prenant dans beaucoup d'endroits : coloration pâle par le carmin.

Le derme présente dans beaucoup d'endroits un tissu compact, ıs lequel la disposition des fibres conjonctives n'est plus manifeste. ·fois on constate une atrophie de ce tissu, à la surface duquel on t des cellules embryonnaires, des masses de granulations jaunâtres, vaisseaux lymphatiques tantôt dilatés, tantôt vides, dont l'endothélium sente aussi des granulations pigmentaires noirâtres.

Dans la couche moyenne du derme, ce qui est surtout remarquable ·t l'aspect des glandes sébacées de quelques vaisseaux sanguins et glandes sudoripares.

Les glandes sébacées sont hypertrophiées, formant une couche se dans la direction transversale du derme. Quelques-unes de ces ndes offrent une dilatation considérable, qui intéresse tant leurs acini : les canaux excréteurs. Dans une région, deux de ces glandes se nissent à un seul canal excréteur, rempli de cellules épidermiques, de te qu'on voit très manifestement l'abouchement de ce canal à la face de l'épiderme.

Les follicules pileux manquent, ou sont complètement atrophiés our de beaucoup de ces glandes.

On observe des fibres musculaires lisses et des cellules embryon-·es en masses, vers la partie dilaté du canal excréteur. La disposition

des noyaux des fibres musculaires se trouvant sur les parties latérales de ces glandes est aussi remarquable. Les cellules glandulaires remplissent complètement les acini; elles ont un noyau sphérique bien coloré par le carmin et un corps protoplasmique transparent et vésiculeux. Quelques-unes de ces glandes sont enkystées dans le tissu du derme, d'autres sont entourées d'une zone de cellules embryonnaires granuleuses. Quelques-unes sont divisées en trois ou quatre acini, par des travées conjonctives; quelques acini offrent des cellules altérées, qui ne présentent plus de noyaux et forment des masses blanchâtres, squameuses. Les cellules de quelques acini étant détruites, ceux-ci se trouvent remplis d'un détritus blanchâtre, laissant à peine voir des restes de noyaux.

Les fibres conjonctives ne présentent aucune altération dans la couche moyenne du derme; à leur surface on rencontre un grand nombre de cellules embryonnaires. Les vaisseaux sanguins de cette couche sont dilatés et remplis de sang. Quelques-uns de ces vaisseaux, même les plus grands, oblitérés par des globules rouges, présentent tantôt à leur centre tantôt à leur périphérie un grand nombre de leucocytes colorés en rouge par les réactifs employés, représentant ainsi des thromboses partielles.

Dans d'autres vaisseaux ces groupes de leucocytes sont en voie de destruction, et prennent ainsi un aspect réticulé, fibrillaire. L'endothélium de ces vaisseaux est normal. L'existence d'un si grand nombre de leucocytes, formant thrombose dans l'intérieur même des artères, est un fait rare et n'a pas encore été observée par d'autres auteurs dans des cas semblables.

Dans quelques veines on observe de même une quantité de leucocytes plus grande qu'à l'état normal. Dans quelques vaisseaux une partie des globules rouges est aussi détruite, formant une sorte de réticulum.

Les glandes sudoripares ont les cellules glandulaires en prolifération; mais ces cellules sont petites, ratatinées, oblitérant par leur grand nombre le lumen des tubes glandulaires; d'autres sont entourées par une abondante couche conjonctive, qui leur forme ainsi des parois dures. Les canaux excréteurs de quelques-unes de ces glandes oblitérées par des cellules embryonnaires, s'étendent jusqu'à l'épiderme. Quelques-uns de ces tubes glandulaires sont difficiles à reconnaître, à cause de leur transformation scléreuse.

Les parties profondes du derme présentent une prolifération considérable du tissu graisseux, avec infiltration de cellules embryonnaires par endroits. On y constate aussi une sclérose plus ou moins prononcée des vaisseaux sanguins, dont quelques-uns, dilatés et remplis de sang, contiennent un grand nombre de leucocytes et une prolifération de leurs cellules conjonctives.

Les fibres élastiques ont fait défaut dans presque toutes les couches du derme. De même les cellules conjonctives.

Les altérations trouvées dans la peau prouvent que les lésions histologiques du lupus érythémateux sont de nature inflammatoire chronique, avec altérations des glandes sébacées et sudoripares.

Dans le cas présent il existait en outre une abondante quantité de leucocytes dans l'intérieur des vaisseaux sanguins, des granulations de pigment dans l'épiderme et dans la couche superficielle du derme même; pigment d'origine hématique.

Dans les différentes préparations de la peau (durcies par l'alcool et le Müller), les nerfs n'étaient pas assez visibles.

Poumons. — Résultat négatif au point de vue des bacilles de Koch. Une anthracose manifeste se voit, tant à la surface des travées conjonctives qui séparent les alvéoles qu'à l'intérieur de celles-ci, ainsi que dans les parois des vaisseaux. Une grande quantité de granulations de pigment d'un noir foncé s'observe sous la plèvre, comme aussi dans les parois de ses vaisseaux.

La surface de la plèvre viscérale est couverte d'un grand nombre de cellules embryonnaires. Des granulations pigmentaires se rencontrent aussi dans les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires. Quelques-unes des alvéoles contiennent des cellules sphériques renfermant des granulations semblables à leur intérieur, d'autres sont entourées de masses de cellules inflammatoires. Ces cellules inflammatoires sont si abondantes dans certaines régions du poumon droit, qu'elles oblitèrent même les alvéoles de l'organe.

Les grands vaisseaux ainsi que les capillaires sont dilatés, remplis de sang, prenant l'aspect d'angiomes caverneux.

Le poumon droit présente donc les altérations d'une pneumonie interstitielle et alvéolaire hémorragique. A cause de l'abondante quantité de pigment dans les deux poumons, ces lésions ressemblent à celle de la pneumokoniose.

Les ganglions bronchiques, augmentés de volume, présentent une coloration noirâtre. Les préparations colorées au picrocarmin montrent une condensation du tissu conjonctif, ainsi qu'une grande quantité de pigment noir. La réticulisation et les cellules lymphoïdes du ganglion ont disparu, étant remplacées par du tissu conjonctif ordinaire. Dans quelques ganglions on voit des masses caséeuses limitées par des fibres conjonctives. Dans d'autres, les réticules sont remplis de cellules lymphoïdes dégénérées. Des éléments épithéloïdes, des cellules géantes, n'ont pas été trouvées, ni dans les ganglions, ni dans les poumons.

Les ganglions bronchiques présentent donc une sclérose conjonctive, une abondante quantité de pigment, une transformation caséeuse sous forme des îles, avec peu de cellules lymphoïdes.

Rate. — Les préparations microscopiques y montrent des amas et des granulations de pigment noires, en grande quantité autour des corpuscules de Malpighi, ainsi que dans les parties périphériques des vaisseaux. A l'intérieur d'une veine on voyait quelques cellules sphériques remplies de granulations noires. Les vaisseaux contiennent ici comme dans la peau des leucocytes plus abondants qu'à l'état normal; ils ont les parois sclérosées, et beaucoup sont même vides. Les réticules, les cellules lymphoïdes ne sont plus apparentes; beaucoup sont ratatinées; le tissu conjonctif de l'organe est plus abondant, plus compact.

F o i e. — La disposition rayonnée des cellules hépatiques e conservée; quelques-unes de ces cellules présentent une dégénérescence graisseuse; dans d'autres, le protoplasma a disparu, laissant en place noyau et une vacuolisation visible même avec un faible grossissemec Des granulations de pigment, quoique moins abondantes, s'y trouve aussi. Celles-ci forment des traînées minces à la périphérie des vaissea vides de sang. On trouve encore des granulations pigmentaires à surface de quelques lobules. Quelques capillaires biliaires étaient dilat

Rein. — La capsule paraît un peu épaissie, son épithélium atrophié. Les vaisseaux sanguins de l'organe sont dilatés et hyperhém mais cet état est plus généralisé dans la substance corticale. Les g mérules de Malpighi sont ratatinés et paraissent sclérosés; plusie des tubes contorti et des anses de Henle ont leurs cellules atteintes dégénérescence granulo-graisseuse. Nous observons aussi quelques grau lations de pigment disséminées ça et là, à la périphérie de quelqu vaisseaux sanguins; et un nombre plus considérable de globules blan dans ces vaisseaux.

Moelle épinière. — La moelle a été durcie par le liquide c Müller. Les coupes ont été traitées par le picrocarmin, l'éosine et l'hém toxyline et par la fuchsine acide.

Région cervicale. — A l'œil nu on voit que la dure-mère e épaissie sur une étendue de deux centimètres. La face interne et exter de cette membrane est uniforme et sans saillie, c'est donc un simp épaississement. Celui-ci en diamètre transverse ne dépasse un mil mètre et demi. Dans les autres régions la dure-mère n'offre rien signaler.

Etude histologique de la région cervicale. — L'épaissis ment de la dure-mère observée à l'œil nu, consiste dans une simp hypertrophie des lamelles conjonctives de cette membrane, sans qu'il ait aucune infiltration cellulaire. Les vaisseaux de cette membrane présentent pas d'altération.

Dans les cordons postérieurs il existedes quelques fibres nerveus dont la myéline uniforme présente l'apparence de vésicules graisseus

Les travées conjonctives de la pie-mère et les vaisseaux qui s trouvent sont légèrement épaissis.

Il existe également dans ces cordons des petits foyers de scléro diffuse, et quelquefois on rencontre des cellules de Deiters, qui sc augmentées de volume.

Les cordons antéro-latéraux ne présentent rien d'anormal.

Les capillaires des cornes antérieures et postérieur sont dilatés et hyperhémiés.

Dans la commissure postérieure on observe des am disséminés de granulations pigmentaires, qui proviennε probablement des globules du sang détruits.

L'épithélium du canal de l'épendyme est proliféré e présente des vaisseaux de nouvelle formation.

Tout autour du canal, la névroglie est modérément hyperplasiée

Région lombaire. — Les méninges sont normales, les petits …isseaux de la substance blanche, et surtout des cordons postérieurs …nt sclérosés et entourés d'une zone mince de névroglie hyperplasiée. …es vaisseaux qui entourent le canal épendymaire présentent une sclérose …sez prononcée de leurs parois, uniforme et d'une couleur blanc rosé …r la fuchsine acide. Dans la gaine externe des vaisseaux on observe …s cellules embryonnaires.

La lumière du canal est oblitérée par la prolifération de ses cellules, … entourée d'un anneau de névroglie hypertrophiée.

Le septum antérieur de la pie-mère et ses vaisseaux sont hyper…ophiés également. Il faut remarquer ici une infiltration diffuse de …llules embryonnaires et de globules de sang.

Les cellules nerveuses et les fibres nerveuses des cornes antérieures … postérieures semblent normales. Mais à la périphérie de la moelle, …tre la corne antérieure et postérieure, il existe une légère …ne de dégénérescence où il n'y a plus de fibres nerveuses, … la névroglie est hyperplasiée.

Les racines antérieures sont normales. Les racines postérieures …ésentent des vaisseaux très dilatés, et d'un côté les parois d'un …isseau étant déchirées permettent l'extravasat sanguin.

Les fibres fines se présentent sous de nombreux groupes, … la gaine de myéline de ces fibres n'est pas toujours …isible.

Région dorsale. — Les cornes antérieures et postérieures, … le réseau de fibres nerveuses sont indemnes d'altérations. Les colonnes … Clarke n'offrent rien de particulier.

Les cordons postérieurs présentent un commencement … sclérose au voisinage de certaines travées conjonctives.

Les racines sont indemnes.

Pie-mère. — Les vaisseaux sont un peu hyperhémiés. Ceux …i entourent le canal épendymaire sont légèrement sclérosés et dilatés.

Ganglions spinaux. — Nous avons examiné un grand …mbre de coupes des ganglions spinaux, et il nous a semblé que le …mbre des cellules ganglionnaires dont le noyau était couvert par des …nulations pigmentaires était peut-être plus nombreux. De même …us avons rencontré un grand nombre de fibres nerveuses …es, disposées en groupes plus ou moins grands.

Les vaisseaux sanguins étaient très dilatés et gorgés …ang, et sur les travées conjonctives nous avons constaté un certain …re de cellules dites plasmatiques.

…'examen histologique de quelques nerfs périphériques nous a … un certain nombre de fibres en voie d'atrophie.

III

De l'étude histologique que nous venons de faire de la plupart des organes, il résulte que nous avons trouvé dans la peau du thorax, prise à côté et sur les zones malades même, des lésions qui ont été déjà observées par d'autres auteurs. Mais en outre, même dans la peau, nous avons constaté dans notre cas une thrombose partielle des vaisseaux sanguins de certaines régions et une pigmentation des cellules épidermiques qui n'a pas été encore signalée.

Le pigment disposé sous forme de granulations ou d'amas a été aussi rencontré dans les poumons, où nous observons une anthracose des plus manifestes.

Dans les ganglions bronchiques, de même, plus de la moitié du ganglion est infiltrée par ces granulations d'un noir foncé.

Dans la rate, le foie, moins dans les reins, nous avons observé aussi de semblables granulations pigmentaires.

Ce pigment occupe certaines régions, telles que la périphérie des vaisseaux sanguins, la périphérie de la plèvre, riches en vaisseaux lymphatiques.

Le pigment constaté a donc circulé à travers les vaisseaux lymphatiques jusque dans les régions les plus éloignées.

Quant à l'origine de ce pigment, dans le cas présent, je crois qu'il provient de la destruction des globules rouges, puisque nous avons trouvé dans nos préparations une destruction graduelle des éléments rouges du sang.

L'individu n'ayant pas eu un métier qui l'ait mis durant sa vie en contact avec des poussières riches en charbon, je suis de même tenté à admettre que l'anthracose pulmonaire était également d'origine hématique.

Mais si la présence de pigment constaté dans les organes mentionnés a un intérêt scientifique, la pneumonie hémorragique, quoique partielle, est la lésion qui a été peut-être la cause immédiate de la mort de l'individu. Cependant, dans ce dernier sens, il faut accorder une grande influence à l'ébranlement du système nerveux produit par l'éruption pemphigoïde si étendue.

Les reins, le foie, ont présenté, comme nous venons de voir, des lésions assez importantes; mais l'état morbide qui a prédominé, qui s'est rencontré dans tous les organes, même dans

moelle et les ganglions spinaux, et sans contredit l'altéra-
on signalée des vaisseaux sanguins.

Je dois aussi faire remarquer le fait assez rare, con-
até dans la moelle cervicale, de l'existence de vaisseaux
nguins de nouvelle formation au centre de l'épithélium
oliféré du canal épendymaire. De même je crois devoir
nner une certaine importance à la dure-mérite signalée à la
gion cervicale.

Quant aux lésions assez limitées que nous avons constatées
ns la moelle, dans les fibres nerveuses des ganglions spinaux et
ns quelques nerfs périphériques, je crois qu'elles ont été consé-
tives à l'éruption bulleuse qui a été si étendue, surtout sur le tronc.

L'éruption de phlyctènes dans ce cas, ou bulles énormes flasques,
it être mise sur le compte d'une dermite aiguë. Celle-ci à son
ır doit être attribuée à l'influence prédominante pendant l'épidémie
l'influenza, qui, comme on le sait, a donné lieu à de
:heuses et mortelles complications.

Avant de terminer cette communication, je dois dire que
l'éruption pemphigoïde s'était manifestée dans ce cas avec moins
:clat, et à d'autres époques durant les quatre années de la marche
la maladie, on aurait eu le droit d'admettre ici la variété de
pus admise par M. E. Besnier, d'Hydroa, d'Iris. Mais dans notre
s, l'éruption bulleuse précédée de fièvre, de pneumonie hémorra-
que partielle, a emporté le malade au bout de dix jours.

C'est pourquoi nous pensons que ce cas est important, d'abord
ırce qu'il a été généralisé, que nous avons eu l'occasion de faire
:tude histologique de la plupart des organes importants, ce qu'on
ı pas encore fait, ensuite parce que, malgré un processus aigu
rvenu du côté des poumons, la recherche de bacille de Koch
ıns ces organes a été complètement négative.

Il nous semble que s'il y avait eu un germe tuber-
ıleux, même très atténué et à vie latente dans le lupus
ythémateux, il se serait dans ce cas réveillé, il aurait
ullulé, et nous aurions pu le rencontrer dans nos re-
ıerches. C'est pourquoi nous pouvons dire que cette observation
ntribue plus qu'une autre à nos connaissances sur la nature de
te dermatose.

## Discussion.

**Brocq** (Paris): D'après les communications précédentes voyez, Messieurs, que les dermatologistes Français sont divi la question du lupus érythémateux. Mon excellent maître, Dr E. Besnier, soutient depuis longtemps avec la dernière que le lupus érythémateux est de nature tuberculeuse. Il s surtout pour justifier cette opinion sur l'étiologie de cett matose : il fait remarquer que la plupart, si non la totali malades atteints de cette affection, ont des antécédents de culose avérée chez leurs ascendants directs ou chez leurs raux, qu'eux mêmes ils portent souvent des stigmates indénial lésions scrofulo-tuberculeuses anciennes, et sont parfois atte tuberculose pulmonaire. Certes il ne méconnait pas les r négatifs de l'examen microscopique : mais il fait remarquer histologistes ont pendant un certain temps nié la nature t leuse du lupus vulgaire, que certains cliniciens et lui le affirmaient être de la tuberculose cutanée, et il croit que l grès de l'histologie, de la bactériologie, et de la médecine mentale permettront bientôt de démontrer également d'une irréfutable que le lupus érythémateux n'est lui aussi qu'un de tuberculose cutanée.

D'autre part, Mr le Dr E. Vidal s'appuyant sur l'a jectif de l'affection, sur son évolution dans certains cas s sur les résultats négatifs donnés jusqu'à ce jour par l'exa logique et par l'expérimentation, soutient que le lupus éry n'est nullement de nature tuberculeuse, et doit être consi une affection à part.

Vous devez comprendre le réel embarras dans leque les jeunes dermatologistes Français en présence de si nette d'opinions qui existe entre les deux maîtr l'école de St. Louis. Pour ma part, suiv on hab cas, j'ai cherché; j'ai étudié de s les érythémateux que j'ai pu re sur vue clinique, puisque actuel, impuissante à observations, résult sur le traitement la permission de

Je n'ai pas tardé à remarquer que tous les faits que nous décrivons en France sous le nom de lupus érythémateux ne sont pas identiques entre eux, et qu'au point de vue de leur aspect, de leur évolution, de leurs réactions thérapeutiques on doit les diviser en deux groupes principaux :

1° Un premier groupe comprend des faits dans lesquels la lésion est fixe, évolue avec la plus grande lenteur en gagnant peu à peu par les bords, et laisse après guérison, même lorsqu'on n'a employé aucun caustique, des cicatrices profondes, déprimées, parfois même indurées pendant un certain temps. L'aspect de ces éruptions est multiple, et sans entrer dans de grands détails à cet égard, il me suffira de citer le lupus érythémateux circonscrit, le lupus érythémato-acnéique, l'herpès crétacé de Devergie, etc. . . . . On peut aussi à la rigueur rattacher à ces formes fixes le lupus érythémato-tuberculeux des anciens auteurs ou lupus vulgaire érythématoïde de Mr le Dr Leloir, lequel n'est en somme qu'un véritable lupus tuberculeux.

C'est qu'en effet, à notre sens, ces formes fixes du lupus érythémateux peuvent et doivent le plus souvent être rattachées à la tuberculose : elles ont la ténacité, la lenteur d'évolution, la profondeur d'infiltration des tuberculoses locales, et, sans pouvoir rien affirmer encore d'une manière absolue jusqu'à ce que la preuve soit faite d'une manière scientifique et définitive, nous sommes tout portés à adopter à leur égard l'opinion de Mr le Dr E. Besnier.

2° Dans un deuxième groupe de faits au contraire nous trouvons des lésions éminemment superficielles, érythémateuses et congestives, à allures relativement rapides, le plus souvent symétriques, pouvant disparaître parfois sans laisser de cicatrice, ou en ne laissant que des cicatrices fort superficielles, susceptibles de récidives, puis de rémissions successives. Dès 1890 nous les avons distinguées des lupus érythémateux fixes en leur donnant le nom d'Erythèmes centrifuges symétriques.

Vous le voyez, entre ces deux groupes de faits, tout diffère, l'aspect objectif, l'évolution, les cicatrices consécutives; j'ajouterai le traitement.

En effet, comme je l'ai, depuis près de trois ans déjà, indiqué dans mes écrits, il faut bien se garder de traiter un érythème centrifuge symétrique typique par les cautérisations ignées profondes ou par le raclage suivi d'applications de caustiques forts, toutes méthodes qui sont excellentes contre les lupus érythémateux fixes.

Mais quelle est donc la nature des faits que nous rangeons dans cette deuxième catégorie? Tel est d'après moi le point véritablement épineux de la question. Il est certain que nombre de ces érythèmes centrifuges s'observent eux aussi chez des sujets ayant des antécédents soit personnels, soit héréditaires de tuberculose.

Il est également certain que l'on voit parfois ces éruptions érythémateuses centrifuges coïncider chez le même individu avec des lésions ressemblant aux lupus érythémateux fixes, et l'on comprend dès lors quels puissants arguments cliniques ont conduit M^r le D^r E. Besnier à soutenir l'opinion absolue qu'il professe.

D'autre part il est bien difficile de faire de lésions aussi superficielles, aussi aberrantes, aussi transitoires pourrais-je dire, des manifestations p u r e s e t s i m p l e s de tuberculose locale : j'avoue pour ma part que j'ai une répugnance marquée à en faire des lésions nettement bacillaires.

Mais il est une autre hypothèse dont l'idée première m'a été suggérée par mon excellent ami M^r le Professeur Boeck, et que j'ai admise dans mon ouvrage sur le traitement des affections cutanées, après lui avoir fait subir certaines modifications. Elle consiste à admettre que l'érythème centrifuge symétrique est bien réellement un érythème, spécial il est vrai, se développant peut-être avec plus de facilité sur un terrain de scrofulo-tuberculose, mais enfin un érythème, et qu'en cette qualité il peut reconnaître pour origine première des causes diverses; parfois ce sera une éruption érythémateuse de nature infectieuse se rattachant directement à la tuberculose, parfois ce sera une éruption de cause éminemment vasculaire et nerveuse, etc. . . .

Cette conception, quelque discutable qu'elle soit, a du moins le mérite de n'être en désaccord avec aucun des faits cliniques connus et d'expliquer même les données de l'histologie pathologique et de la pathologie expérimentale; c'est pour ces motifs que j'ai cru devoir vous la rappeler, en vous faisant remarquer qu'elle est déjà vieille de trois ans.

**Boeck** möchte nur ein paar Bemerkungen über diese so äusserst interessante Krankheit hervorheben. Er war auch der Ansicht, dass Lupus erythematosus in irgend einer Weise, direct oder indirect, in Verbindung mit der Skrophulo-Tuberculose stehen müsste. Es wurden zwei Fälle erwähnt, die wegen skrophulo-tuberc. Drüsentumoren mit Calciumsulphid behandelt wurden, und wo während

ser Behandlung ganz unerwartet Lupus erythematosus hervor-
ch, und, wenn man es genau untersucht, wird es sich heraus-
llen, dass die überwiegende Mehrzahl derjenigen Individuen,
an Lupus erythematosus leiden, tuberculös sind. Die häu-
sten Indicien sind Drüsentumoren und Seqenzen von skro-
ılo-tuberculösen Augenerkrankungen. Klinisch wurde bemerkt,
ıs in den kleinen zerstreuten Efflorescenzen des Lupus ery-
:matosus disseminatus mitunter ganz kleine gangränöse Foci
h bildeten, und dass in seltenen Fällen mitunter auch grössere
ngränöse Herde namentlich an den Extremitäten vorkamen.
.nze Hautstücke konnten ausfallen, und die dadurch zu Stande
kommenen Geschwüre heilten nur äusserst langsam und schwie-
; und bieten ein sehr schlaffes Aussehen dar. Eben ganz ähn-
he kleine, pustulöse und pustulo-gangränöse Foci können auch
ıe andere Krankheit begleiten, nämlich den Lichen scro-
ıulosorum (Hebra); aber viel häufiger kommen sie doch bei
ıpus erythematosus disseminatus vor, welche Form in Norwegen
ır nicht selten zu sehen ist. Dass diese Symptome bei beiden
rankheiten auftreten, ist ja auch ein Argument für den scrophulo-
berculösen Boden des Lupus erythematosus. Trotz den Beiträgen
n Prof. Kaposi, die das klinische Bild des Lupus erythema-
sus so bedeutend vervollständigt haben, wird noch mehr hinzu-
ıfügen sein, und es wäre eine schöne Aufgabe, wenn Jemand ein
ɔllständiges, naturtreues Bild dieser so interessanten Familiengruppe
ı geben vermöchte.

Crocker considered that lupus erythematosus was an inflam-
ıation of the skin, probably at first an angeioneurosis as it was
:en chiefly at the extremities where the blood current was
eakest, and often as a result of irritation of the uterus or of
ıe mucous membrane of some portion of the digestive tract.
:condarily, there was a parasitic invasion of the epidermic layers
ıd that treatment was most successful which recognized this factor.
e acknowledged that there was very frequently a history of
ıthisis in the family but he considered that this was only a
edisposing cause not a pathogenetic one and did not believe
at in lupus erythematosus there was any direct relation to
berculosis in general or to lupus vulgaris in particular. He con-
lered that Mr Morris was too absolute in stating that lupus
ythematosus never ulcerated and that it never occurred in children;
:hough rare he had seen exceptions to these statements in cases
which the diagnosis was indisputable.

;rösse, die unter einander verbunden waren. Von der
:heibe ging ein bandförmiger Streifen nach dem Vorder-
;anze angegriffene Partie war besetzt und umgeben von
glänzenden, charakteristischen Efflorescenzen, die eine
:en und vielfach mit Epidermisschüppchen bedeckt waren.
›estanden auch leichte oberflächliche Narben. An dem
l Mittelfinger derselben Hand war die Haut sklerotisch
ıd hatte das Aussehen, als ob sie durch unzählige Nadel-
tochen wäre. Hier erstreckte sich die Erkrankung bis zu
kuppen, war aber auf den ersten Phalangen am geringsten,
e Continuität zwischen den Heerden auf dem Handrücken
ingern nicht bestand. Die Nägel der betreffenden Finger
geformt, waren aber glanzloser und zeigte derjenige
ngers eine leistenförmige Verdickung.
·end der Dauer der Beobachtung hat sich dieses eben
ıe Bild wenig verändert. Es gibt, das kann ich bestimmt
n, kein Mittel und keine äussere oder innere Behandlungs-
lie bei der Pat. nicht angewendet wurde, alles ohne Er-
Affection breitete sich nicht weiter aus, aber sie heilte
Vor zwei Jahren unternahm ich die Excision eines
:ücks behufs mikroskopischer Untersuchung; dieselbe
; der Process die Cutis in der ganzen Ausdehnung durch-
wurde daraufhin in Narkose ein breiter, bandförmiger
f Handrücken und Vorderarm vollständig excidirt und
inder vernäht, ein kleiner Rest, der zurückgelassen werden
wie die Finger wurden mit scharfem Löffel, so tief als
usgeschabt und hinterher mit dem Paquelin energisch
Der Handrücken ist seit dieser Zeit vernarbt, die Photo-
weist, dass der kosmetische Erfolg ein guter ist; die Pat.
ehr zufrieden. Dagegen zeigte sich, dass an den Fingern
ff nicht ausreichend gewesen war. Es wurde deshalb in
iitzungen bezirksweise unter Cocaïn — Chloroform wollte
cht wieder anwenden lassen — derselbe Modus der Ope-
lerholt, jedoch durch den Paquelin ein tiefer Aetzschorf,
: bis an das Periost gesetzt. So ist eine vollständige Ver-
ngetreten: vor meiner Abreise konnte ich keine charakte-
:fflorescenzen mehr auffinden. — Was die mikroskopische
ıng anbetrifft, so wurden die Stücke theils in Flemming'scher
ıeils nach Benda in 10% iger Salpetersäure, theils in
:härtet und dann in Celloïdin eingebettet. Von Färbungs-
wurden die verschiedensten (Orceïn, Pikrolithioncar-

ganze Menge noch nicht verfetteter Zellen). In den ältesten Stellen konnte ich auch eine Erkrankung der Schweissdrüsen nachweisen.

An anderen Stellen traten die Erscheinungen der fettigen Metamorphosen deutlich zu Tage. (Demonstr. der Photogr.)

Redner demonstrirt eine Anzahl Abbildungen, von denen die eine zur Illustrirung des ursprünglichen von Hebra gewählten Namens »Seborrhoea congestiva« durch die enorme Auflagerung von Sebummassen einen deutlichen Beleg liefert, sowie verschiedene mittelst der Heller'schen elektrischen Lampe aufgenommene Mikrophotographien und Diapositive, sowie mikroskopische Präparate.

Kopp (München): M. H. Ich erlaube mir, Ihre Aufmerksamkeit nur kurze Zeit in Anspruch zu nehmen; ich kann dies um so mehr thun, als ich mit den vortrefflichen Referaten des Herrn Malcolm Morris und insbesondere dem des verehrten Collegen Veiel hinsichtlich der Natur und Behandlung des Lupus erythematodes so sehr übereinstimme, dass ich diese Punkte kaum zu berühren brauche. Nur auf zwei Punkte möchte ich hinweisen, die meiner persönlichen Erfahrung entstammen, und welche, so viel ich sehe, bis jetzt nicht entsprechend hervorgehoben wurden. Der eine Punkt ist die zunehmende Häufigkeit dieser Affection in Süddeutschland; während ich früher den Lupus erythematodes, auch zu der Zeit, als ich noch das grosse Krankenmaterial der Breslauer Klinik meines verehrten ehemaligen Lehrers, des Herrn Prof. Neisser, zu studiren die Gelegenheit hatte, als eine relativ seltene Hautaffection zu betrachten gewohnt war, habe ich nunmehr den Eindruck, dass die Zahl der Erkrankungen an Lupus erythematosus wenigstens in München fortwährend zunimmt; so konnte ich bei einem Materiale von 3800 Hautkranken innerhalb der letzten drei Jahre 37 Fälle von Lupus erythematodes beobachten, wobei allerdings leichtere und schwerere Formen, aber doch alle Fälle als diagnostisch sicher bezeichnet werden konnten. Es war mir von Interesse, zu hören, dass Herr Malcolm Morris gewissen äusseren Reizmomenten, der Einwirkung der Hitze und Kälte als einem prädisponirenden Moment eine gewisse Bedeutung zuschreibt, und wäre vielleicht von diesem Gesichtspunkte aus das ungleichmässige, vielfach rauhe Klima, sowie auch die Lebensgewohnheiten der dortigen Bevölkerung, welche zu gewissen Irritationszuständen der Gesichtshaut, Seborrhöe, Acne und Acne rosacea disponirt, zu berücksichtigen. Wie dem auch sein möge, die numerische relative Zunahme der Fälle von Lupus erythematodes in den letzten Jahren scheint mir für München eine bemerkenswerthe Thatsache, und würde es sich nur fragen, ob

auch von anderer Seite ähnliche Beobachtungen gemacht wurden. — Der zweite Punkt betrifft einen von mir genau beobachteten Fall, in welchem, in unmittelbarem Anschluss an eine vorgenommene blutige Operation einer grösseren Plaque von Lupus erythematodes bei einem jungen Manne, Erscheinungen heftiger Meningealirritation, mit Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens, Unsicherheit im Gehen, Uebligkeit und Schwindelgefühl auftraten, Erscheinungen, die das Auftreten einer tuberculösen Meningitis befürchten liessen. Diese Störungen bildeten sich in wenigen Tagen ohne bleibende Folgen wieder zurück. Die operative Behandlung hatte in ausgiebigen quadrillären Scarificationen nach Vidal bestanden. Wenn auch gewiss ein solches Vorkommniss zu denken gibt und angesichts der neuerdings mit Vorliebe betonten Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberculose in einem solchen Sinne gedeutet werden könnte, muss ich doch hier der Meinung Ausdruck geben, dass ein einzelner solcher Fall, selbst wenn es sich wirklich um eine tuberculöse Meningealirritation gehandelt haben sollte, Nichts beweisen würde, andererseits aber auch die Erklärung zulässig wäre, dass es sich dabei um die Aufnahme des uns noch unbekannten bakteriellen Agens des Lupus erythematodes in die Blutbahn, also um eine Auto-Infection handelt, wenn wir auch über dieses bakterielle Agens bis jetzt Positives auszusagen nicht in der Lage sind. Ebenso wenig scheint mir hier der Umstand beweisend, dass unter den von mir beobachteten 37 Fällen zwei an bacillärer Phthise zu Grunde gingen, während ein dritter Fall deutliche Symptome der Scrophulo-Tuberculose aufweist. Bei der Häufigkeit der Tuberculose an sich wäre hier eher an eine zufällige Complication zu denken, um so mehr, als es weder mir noch Anderen gelungen ist, in den Gewebe des Lupus erythematodes bei der mikroskopischen Untersuchung auch nur den geringsten Anhaltspunkt für die Annahme eines tuberculösen Localprocesses zu finden. Das Resultat von fünf zur bioptischen Untersuchung gelangten Fällen war durchaus negativ. Ich halte dafür, dass der Streit, ob es sich bei dieser Affection um eine tuberculöse oder nichttuberculöse Erkrankung handle, auf Grund des gegenwärtig vorliegenden Materials nicht entschieden werden kann, sondern nur durch fleissige fortgesetzte Sammlung klinischer und pathologisch-anatomischer Ergebnisse wird zum Austrag gebracht werden können. In therapeutischer Beziehung theile ich im Wesentlichen den Standpunkt des Collegen Veiel, und möchte nur auf von mir erzielte, theilweise recht günstige Erfolge einer Behandlung mit Seifenwaschungen und darauf folgende Application

eines 5%igen Resorcinsalben- oder Pflastermulls in Kürze hingewiesen haben.

**Hallopeau:** Relativement à la nature du lupus érythémateux, j'ai le regret de me trouver en désaccord avec les très honorables rapporteurs ainsi qu'avec l'éminent président de notre congrès. Je considère, non comme démontré, mais comme très vraisemblable, conformément à l'opinion de M. M. Hutchinson et Besnier, que cette affection est une manifestation de la tuberculose.

Comme M. Besnier, j'ai trouvé, chez la plupart des sujets qui en étaient atteints, soit des antécédents de tuberculose dans la famille, soit des lésions tuberculeuses concomitantes.

Dans un fait que j'ai publié en 1891 avec M. Jeanselme, il existait concurremment un lupus érythémateux de la face et une tuberculose démontrée expérimentalement des ganglions correspondants. Dans notre cas de lupus érythémateux généralisé, la région sus-claviculaire était le siège d'une adénopathie persistante et volumineuse.

Il est vrai que les résultats négatifs des recherches histologiques et bactériologiques ainsi que des inoculations semblent donner raison à ceux qui rejettent d'une manière absolue notre manière de voir. Cette conclusion ne nous paraît cependant pas justifiée.

On est en droit de penser, en effet que l'agent infectieux de la tuberculose peut se modifier quand il se localise dans la peau.

Le tegument externe est, pour lui, un mauvais terrain de culture: on trouve difficilement des bacilles dans les nodules du lupus vulgaire; cette éruption évolue le plus souvent avec une grande lenteur; les éléments infectieux y restent d'ordinaire localisés, et quand, par exception, les lésions, gagnant en profondeur, envahissent le tissu cellulaire sous-cutané, leurs allures se modifient et elles prennent une marche plus rapide, comme si les agents infectieux y trouvaient un milieu de culture plus favorable. Cette atténuation que subit dans la peau la virulence de la tuberculose ne peut elle se prononcer davantage et devenir telle que la maladie cesse d'être inoculable? Cette hypothèse peut être soutenue avec vraisemblance.

Nous avons établi dernièrement, par l'observation clinique, comme M. Jacobi et Sack l'avaient fait par l'anatomie pathologique, que l'affection connue sous le nom de lichen scrofulosorum est une tuberculose de la peau, et cependant, il s'agit, comme dans le lupus érythémateux exanthématoïde, d'une éruption qui disparaît sans laisser des traces; les bacilles n'y sont pas constants, car M. Darier

n'a pu les y rencontrer dans notre fait, et la maladie n'a pu jusqu'ici être inoculée.

Les études bactériologiques ont montré combien, sous l'influence du terrain, les microbes peuvent se modifier dans leur forme et leur mode de culture : il est permis de supposer qu'il en est ainsi pour celui de la tuberculose.

Les faits cliniques nous permettent de dire, pour le lupus érythémateux, qu'il s'agit très probablement, comme pour le lichen scrofulosorum, d'une tuberculose modifiée à un plus haut degré que celle du lupus vulgaire.

La localisation de l'agent infectieux dans les follicules pilo-sébacés est, suivant nous, la cause principale de cette modification.

Il faut distinguer dans la peau, organe complexe, plusieurs milieux de culture différents constitués par le corps papillaire, le derme et les glandes : chacun d'eux réagit différemment sous l'influence du contage tuberculeux.

**Schiff.** Die vielfachen Beobachtungen und Erfahrungen, welche ich bei Lupus erythematosus gemacht habe, veranlassen mich, bei dieser interessanten und lehrreichen Debatte das Wort zu ergreifen. Ich muss mich den hier geäusserten Ansichten Brocq's und Boeck's insoferne anschliessen, als der Verlauf und das Wesen des klinischen Processes dieser Erkrankung fast zweifellos auf einen Connex mit Tuberculose schliessen lassen. Sind wir auch vorläufig nicht in der Lage, pathologisch-anatomisch und bakteriologisch diesen Standpunkt mit Thatsachen begründen zu können, so ist das wohl zu bedauern, aber die von den vorher genannten Rednern angeführten Umstände sind doch von grosser Bedeutung. Dazu kommt die Erfahrung, dass wir bei sorgfältiger Erforschung der Familiengeschichten von Individuen, welche mit Lupus erythematosus behaftet sind, eine hereditäre Belastung in sehr vielen Fällen constatiren können. Ich selbst kenne zwei Fälle, und zwar betrafen diese weibliche Individuen, welche beim Beginn der Erkrankung einer allgemeinen vortrefflichen Gesundheit sich erfreuten und nach Jahren an Tuberculose zu Grunde gingen. Ich führe dies zur Unterstützung der von Brocq und Boeck geäusserten Ansichten aus. Ich schliesse mich daher der Behauptung Malcolm Morris' insoferne an, als auch ich die Affection entzündlicher Natur halte. Aber der Ausgangspunkt sind immer die Talgdrüsen. Und auch der Affection der Talgdrüsen geht durch eine lange Zeit eine deutliche Hyperämie und Hypertrophie der Hautcapillaren voraus. Daher möchte ich

ıen Terminus »Erythema atrophicans« nicht für sehr glückten, da wir doch beim Erythema immer den Begriff des igen«, rasch Vorübergehenden verbinden. — Die therapeu- Erfahrungen ergeben aber, dass wir es doch vielleicht mit :denen Affectionen von sehr ähnlicher Form zu thun haben. ewiss hat auch Jeder von Ihnen die Erfahrung gemacht, Fälle von Lupus erythematosus gibt, welche jeder Behanddeгstehen und wieder Fälle, welche mehr weniger jeder Be- g weichen, ja sogar auch solche, welche nach einer kürzeren ıgeren Zeit eine vollkommene restitutio ad integrum dar-

**ımieson**: M. Morris is too positive in saying that lupus ıatosus never occurs in children, I have seen a case in a am struck by the analogies which exist between tubercu- d leprosy. There is a connection between lupus tuberculosus ercular leprosy and also between lupus erythematosus and :tic leprosy. I think that in the future it shall be important ıine closely the state of the nerves in lupus erythematosus.

---

Ierr Dubreuilh (Bordeaux):

## De l'ulcus rodens.

ulcus rodens ou rodent ulcer a été distingué et décrit dès ıencement du siècle par Jacob de Dublin et depuis lors auteurs anglais lui ont fait une place à part, en se fondant caractères cliniques. Ils sont beaucoup moins unanimes en :oncerne la nature de la maladie et cette question qui a eu à de nombreuses discussions paraît n'être pas encore de la même manière pour tous, ainsi qu'il résulte d'une M. Morris dans le British Journal of Dermatology de .892, p. 68, et pour certains d'entre eux c'est une maladie tout-à-fait distincte de l'épithélioma. En Allemagne comme :e il est au contraire à peu près confondu avec tous les ›ithéliomas superficiels de la peau.

; Anglais, frappés du caractère bénin de la lésion, hésitent fier d'épithélioma parcequ'ils considèrent épithélioma comme

synonyme de cancer. Or le mot de cancer est une expression purement clinique qui désigne une tumeur maligne susceptible de généralisation. Le sarcome est un cancer mais le rodent ulcer n'en est pas un.

Le mot d'épithélioma est une expression purement anatomique et à ce titre la lésion qui nous occupe est bien un épithélioma, mais ce terme est trop compréhensif. Il a été appliqué d'abord à des tumeurs malignes d'origine épidermique, mais depuis lors son sens s'est bien étendu. On y a réuni d'une part tous les carcinomes qui ne sont que des épithéliomas provenant des muqueuses ou des glandes, c'est à dire du feuillet interne du blastoderme. D'autre part on y a fait entrer des lésions bénignes qui ne sont des épithéliomas qu'au point de vue histologique.

Cette extrême diversité de l'épithélioma de la peau ne peut nulle part s'étudier mieux qu'à la face. On y trouve le cancroïde de la lèvre inférieure, tumeur maligne au premier chef, qui récidive habituellement sur place ou à distance, qui de bonne heure infecte les ganglions et tue le malade par cachexie. On y trouve même des épithéliomas à marche suraiguë, destructifs, térébrants et dès le début devenant profonds, comme le cas présenté par M. Vidal à la réunion hebdomadaire des médecins de St. Louis le 13 Juin 1889 et comme un cas presque identique que j'ai eu l'occasion d'observer chez une jeune femme. En revanche il en est d'absolument bénins comme le molluscum contagiosum que M. Neisser a rattaché à l'épithélioma en se fondant sur ses caractères histologiques et l'épithéliome adénoïde des glandes sudoripares de Darier. Entre ces deux extrêmes se trouve tout le groupe des épithéliomas superficiels qui est lui-même loin d'être homogène.

La forme que j'ai aujourd'hui en vue et que je désigne du nom d'ulcus rodens pour le bien distinguer et parceque c'est le nom que lui ont donné les auteurs anglais qui les premiers l'ont décrit, correspond à l'épithéliome perlé des auteurs français et à l'épithéliome sudoripare de Verneuil. Il débute par un petit nodule peu saillant, bien limité, très dur, de couleur rouge pâle un peu jaunâtre, avec un éclat un peu nacré caractéristique. Ce nodule s'étend en surface sans jamais devenir très saillant; sa partie centrale s'exulcère et se couvre d'une croûte mince, adhérente, sous laquelle on trouve une surface rosée finement granuleuse, suintant très peu et saignant difficilement. L'ulcération peut ne survenir qu'assez tardivement, quand la lésion a acquis une notable étendue, celle-ci ne mérite guère alors le nom d'ulcère. La croûte peut persister

ıdéfiniment, ou être remplacée par un épiderme qui recouvre un lerme encore infiltré ou cicatriciel, elle peut même récidiver ou isparaître à plusieurs reprises. Lentement, très lentement, la lésion randit excentriquement d'une façon plus ou moins régulière, et u bout du quelques années elle forme une plaque circulaire ou valaire à contour sinueux. Le centre est occupé par une ulcération osée peu suintante et peu saignante et recouverte d'une croûte ssez mince, ou bien il est formé de tissu de cicatrice accidenté e nodules de la grosseur d'un grain de chènevis, saillants, durs, 'un rouge-pâle nacré. Ces nodules souvent confluents font que la laque est mamelonnée au toucher, un certain nombre d'entre eux ont ulcérés et croûteux. La plaque est entourée et nettement éparée du tissu sain par un bourrelet pâle ou un peu rougeâtre, éclat nacré, de 2 à 4 millimètres de large, couvert d'un épiderme resque normal et offrant au toucher une dureté presque ligneuse. Ce bourrelet, très caractéristique, manque parfois en certains points où la peau saine se continue immédiatement avec la cicatrice ou 'ulcération. La plaque, avec ses nodules et son bourrelet siège dans les parties superficielles du derme, elle adhère à l'épiderme, mais reste mobile sur les parties profondes. Il n'y a pas de douleurs, mais seulement des démangeaisons parfois très vives. La santé énérale reste parfaite et les ganglions lymphatiques de la région estent intacts.

Quand l'ulcus rodens atteint l'orifice des narines, ce qui est sez fréquent, il peut causer des destructions assez étendues dont marche est tout-à-fait caractéristique. Les parties minces du nez, mme les ailes, le lobule, la sous-cloison, sont rongées par l'ulcération et peuvent être plus ou moins complètement détruites tandis ue la rétraction cicatricielle contribue à déformer les parties restées saines. Ce qu'il y a de particulièrement caractéristique, c'est que tous les tissus sont détruits de la même manière et du même pas. La lésion ne s'étale pas à distance sur la peau et la muqueuse comme le lupus, qui, longtemps avant de détruire un fragment d'os ou de cartilage, l'enveloppe d'une couche de tissu de granulation provenant de la transformation lupeuse de la muqueuse ou de la peau; avant de détruire une organe, le lupus lui donne un volume exubérant. La syphilis procède par inflammation suppurative et par écrose osseuse ou cartilagineuse. Il se développe à distance des mmes sous-muqueuses ou périostiques qui se ramollissent, s'ulcèrent; se nécrose, s'élimine et les parties sus-jacentes, n'étant plus enues, s'effondrent. Dans l'ulcus rodens il n'y a ni suppuration,

ni fongosités, le néoplasme forme un tapis mince qui s'avance d'une pièce en détruisant tout devant lui, il s'étale sur les plans osseux qui se présentent par leur surface, mais sur les os qui se présentent par leur tranche il ne forme qu'un bourrelet sur les deux bords de l'ulcération. Dans un cas des plus typiques que j'ai vu dernièrement chez une vieille femme de 80 ans la lésion avait détruit le côté droit du nez, la sous-cloison, la moitié de la lèvre supérieure et tout le quart droit antérieur de l'arcade dentaire supérieure et de la voûte palatine. La seule trace du néoplasme que j'ai pu trouver était un petit nodule perlé tout-à-fait caractéristique sur la lèvre. Partout ailleurs on ne voyait qu'une ulcération sèche et lisse, tous les tissus, la peau, l'os, le cartilage et la muqueuse étaient abrasés au même niveau, sans présenter le moindre bourrelet, le moindre vestige de tumeur. A un millimètre de la section osseuse la muqueuse était parfaitement normale. Il n'y avait nulle part la moindre tentative de cicatrisation. On aurait dit qu'une fraise de dentiste avait été promenée dans la région, limant tous les organes indistinctement et sans tenir compte de leur nature ou de leur consistance.

Tel est le type ordinaire de l'ulcus rodens, mais je suis disposé à lui rattacher à titre de variété grave, une forme dans laquelle les destructions sont plus importantes et plus rapides. J'en ai vu deux cas où l'ulcération, partie de l'angle interne de l'oeil, avait en dix ou quinze ans détruit la presque totalité de la face, peau, muscles et squelette. Dans un cas elle formait entre le maxillaire inférieur à peu près respecté et le front peu atteint une vaste excavation tapissée d'une mince couche de néoplasme bourgeonnant. Le pharynx n'était pas encore ouvert, mais il ne restait guère qu'un centimètre de voute palatine; la lame criblée de l'ethmoide était perforée, la dure-mère mise à nu et envahie; les sinus maxillaires étaient largement ouverts et tout le squelette des fosses nasales était détruit ainsi que les yeux. Les douleurs étaient modérées et ne devenaient un peu vives que lorsqu'on ôtait le pansement. Malgré ces lésions énormes, l'état général des deux malades restait bon, il n'y avait aucune cachexie et les ganglions ne présentaient pas la moindre tuméfaction. L'une des malades, sourde et aveugle a refusé toute nourriture pendant 24 jours et a fini par mourir d'inanition, peut-être volontairement; l'autre, un homme relativement jeune, a été perdu de vue et vit probablement encore. Cette forme ne diffère du type que par une évolution plus rapide et une tendance nulle à la cicatrisation, mais c'est de même que le type une

lésion beaucoup plus ulcérative que néoplasique, n'infiltrant pas les tissus, mais les détruisant en nappe, de la surface vers la profondeur. Sur les limites de la lésion on pouvait parfois retrouver un bourrelet dur et perlé, enfin des caractères histologiques sont exactement les mêmes que dans la forme commune.

De même qu'il n'y a jamais de retentissement ganglionnaire, il n'y a jamais de généralisation, ce qui sépare l'ulcus rodens des tumeurs malignes. Il s'en rapproche cependant par la tendance à la récidive. En effet, tant qu'il n'a pas été détruit complètement, il récidive obstinément, mais toujours sur place, dans la cicatrice ou sur ses bords, sous forme de nodules perlés.

L'ulcus rodens est une maladie extrèmement fréquente, c'est peut-être le plus commun de tous les épithéliomas de la face, si j'en juge par mon expérience personnelle. Il apparaît dans les deux sexes à l'âge mûr ou la vieillesse, augmentant de fréquence à partir de 40 ans. Il siège presque toujours à la partie supérieure de la face, surtout aux paupières, au nez et au front; j'en ai cependant vu un sur la côté droit du cou. On a décrit des cas de rodent ulcer de la vulve et de l'anus, mais je n'ai pas pu m'assurer avec certitude s'il s'agit de la même maladie. Son point de départ le plus fréquent est le voisinage de l'angle interne de l'oeil, soit au dessous, soit en dedans, dans un rayon de un centimètre.

L'ulcus rodens a donc une physionomie clinique assez particulière mais cela ne suffirait pas pour le différencier des autres épithéliomas de la face, s'il n'avait pas des caractères histologiques spéciaux. C'est un épithélioma lobulé à petites cellules et sans globes épidermiques. Quand on examine à un faible grossissement une coupe fixée et durcie à l'alcool et colorée au carmin on voit que le néoplasme est formé par des lobules bien limités, colorés en rouge vif surtout à leur périphérie et tranchant sur un stroma conjonctif quelquefois fort abondant mais pâle, pauvre en cellules à part quelques amas de cellules embryonnaires; dans les parties jeunes de la tumeur le stroma est formé par le tissu dermique peu altéré. Ces lobules sont généralement assez petits mais en somme très variables comme volume; ils sont quelquefois extrèmement petits et ne présentent sur la coupe qu'une vingtaine de cellules. Leur forme est également très irrégulière, ils sont souvent arrondis, souvent aussi anguleux et munis de prolongements effilés qui donnent aux très petits lobules une forme presque étoilée. Le bourrelet périphérique de l'ulcère est dû au soulèvement de l'épiderme normal par le néoplasme qui infiltre la couche superficielle du derme

sur une faible étendue. Quelquefois ce bourrelet surplombe l'ulcération centrale, mais je ne l'ai jamais vu renversé en dehors comme le représente Thin.

Avec un plus fort grossissement on voit que les lobules sont formés de très petites cellules qui au centre sont tassées, irrégulières et avec des noyaux arrondis. La rangée extérieure est formée de cellules allongées, disposées perpendiculairement à la surface du lobule comme un épithélium cylindrique; leurs noyaux sont plus volumineux, allongés, d'où la coloration plus foncée de cette partie. Les cellules tant au centre qu'à la périphérie sont peu distinctes, très pauvres en protoplasma, il n'y a pas trace du contour épineux qu'on trouve dans le corps muqueux de l'épiderme ou dans certains autres épithéliomas, et il semble que les noyaux sont plongés dans une masse homogène peu abondante. Cependant sur les préparations fixées par le bichromate ou par l'acide osmique et colorées par l'hématoxyline on voit les cellules séparées par un trait très fin. A la périphérie du lobule, les cellules semblent parfois limitées par une sorte de plateau.

Les cellules de ce néoplasme ne contiennent pas d'éléidine, elles ne donnent jamais naissance à des globes épidermiques, et ne prennent même jamais cet aspect vitreux qui prélude souvent à la formation des globes. En revanche elles peuvent subir une dégénérescence vacuolaire spéciale.

Cette altération débute par l'apparition dans une cellule, au voisinage du noyau, de plusieurs vacuoles claires, mais sans réfringence particulière. Ces vacuoles grandissent, se confondent, remplissent complètement la cellule qui se dilate et ne contient plus qu'une large vacuole centrée par le noyau. Comme cette altération frappe souvent plusieurs cellules voisines, les vacuoles s'ouvrent les unes dans les autres et forment de larges espaces vides traversés par des travées ou des promontoires provenant des débris des membranes cellulaires. Ces espaces contiennent souvent des amas de granulations colorées qui sont les débris des noyaux des cellules détruites. Dans le même lobule ou dans les lobules voisins on trouve représentés tous les stades de la dégénération que je viens de décrire.

Sur les préparations fixées par l'acide osmique et colorées par l'hématoxyline acide, on trouve de petits corpuscules arrondis, bien colorés granuleux, entourés d'une membrane claire très nette. Leur volume est à peu près le même que celui des cellules du

néoplasme. Leur situation intracellulaire est difficile à affirmer vu le peu de netteté des contours des cellules, mais on les voit souvent coiffés par un noyau aplati en croissant. Ce sont ces corpuscules que j'ai signalés au congrès international de dermatologie de Paris comme ressemblant à des coccidies. N'ayant pas fait des recherches spéciales sur ce point, je n'ai pas d'opinion personelle relativement à leur nature et n'ai rien à ajouter à ce que j'en ai dit il y a trois ans.

Voilà donc une affection qui présente des caractères assez tranchés tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Par l'examen du malade on peut annoncer les caractères histologiques de la lésion et par l'examen microscopique on peut, je crois, deviner l'aspect et la marche de la maladie. J'ai en effet trouvé cette structure histologique dans tous les cas cliniques de rodent ulcer que j'ai pu examiner et je ne les ai trouvés que là, car tous les cas d'épithélioma de la face qui différaient cliniquement du l'ulcus rodens en différaient aussi histologiquement.

Ces caractères se conservent pendant toute la durée de la maladie. Je n'ai jamais vu un ulcus rodens bien typique se transformer et prendre, par exemple, une allure maligne, envahir les ganglions ou se généraliser, et cela, quel que soit le traitement auquel il ait été soumis. J'en ai vu qui pendant nombre d'années avaient été irrités de toutes les façons, avec les ongles, avec des topiques irritants de toute sorte, avec des caustiques insuffisants comme le nitrate d'argent, et qui n'en ont peu moins conservé leur allure torpide. Il en est que je suis depuis 4 ou 5 ans et qui une ou deux fois par an viennent se faire curetter un nodule de récidive sans que la maladie ait jamais changé d'aspect. Le rodent ulcer n'est donc pas un noli me tangere, il conserve indéfiniment son caractère de bénignité.

Il m'est difficile d'exprimer une opinion catégorique sur son mode de début clinique ou anatomique. Au point de vue clinique, j'ai décrit le tubercule perlé qui est, je crois, son mode de début le plus habituel, mais je ne saurais affirmer s'il est le seul. C'est là une question qui appelle de nouvelles recherches et que je compte bien étudier ci-après. Quant au point de départ anatomique, malgré toutes les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet et les opinions nombreuses et variées qui ont été émises, notamment en Angleterre, il est complètement inconnu. Il est impossible de tirer une conclusion de la forme ou du groupement des cellules, de l'examen du bourrelet circonférenciel ou des plus petits nodules de

récidive. Il faudrait examiner le premier nodule à son début, et à ce moment le malade lui même ignore son existence. J'ai une fois excisé et examiné un épithélioma du nez qui n'était guère plus gros qu'un grain de mil, il avait évidemment pris naissance dans les prolongements interpapillaires du corps muqueux, mais ce n'était pas un ulcus rodens.

Je ne dirai rien du diagnostic du rodent ulcer, devant une assemblée de dermatologistes ce chapitre est superflu et serait déplacé. Je me bornerai a remarquer que bon nombre de mes cas me sont arrivés avec le diagnostic de lupus ou de syphilis.

Quant au traitement il ne saurait être que chirurgical. Trois procédés se présentent; les caustiques, l'excision large et le curettage. Les caustiques puissants tels que la pâte sulfocarbonique ou la caustique de Vienne détruisent presque toujours trop ou trop peu et ils ne conviennent guère qu'à des lésions de très petite dimension chez des malades qu'une opération sanglante effrayerait. L'excision large est évidemment la méthode de choix quand elle est possible mais elle ne l'est que si la lésion est très petite ou placée ailleurs qu'à la face. Lorsqu'elle siège comme d'habitude au nez ou dans le voisinage immédiat de l'oeil, une opération complète n'est que rarement justifiée et seulement quand la marche de l'ulcère menace d'être rapide et destructive. Dans la plupart des cas bénins qui sont de beaucoup les plus communs, je me suis contenté d'un raclage à la curette suivi d'un cautérisation à l'acide trichloracétique ou au chlorure de zinc. On détruit de la sorte le moins de tissu possible et la cicatrice est fort peu apparente. Il survient sans doute quelquefois des récidives mais elles sont d'habitude très limitées et peuvent être à leur tour traitées de la même façon; dans les cas les plus fâcheux, en curettant deux ou trois nodules tous les ans ou reste maître de la situation. Du reste j'ai souvent vu des récidives tout aussi abondantes après les caustiques ou même après l'excision pour peu que l'opérateur ait été géné par le voisinage d'organes importants à ménager.

Comme l'ulcus rodens ne menace pas l'existence il ne saurait dans la plupart des cas justifier des opérations aussi importantes qu'un véritable cancer, opérations qui causeraient en un jour plus de dégâts que la maladie en vingt ans.

## Herr Ducrey (Neapel):

### La coltura del bacillo della lepra.

Signori! In una pubblicazione apparsa già nel Giornale italiano le malattie veneree e della pelle (Marzo 1892), io feci noto come, »o molti e ripetuti tentativi che io andava facendo fin da tre ui, sopra gl' infermi di lepra ricoverati nella Clinica Dermosifiloica di Napoli, diretta dal Prof. de Amicis, o presentatisi alle isultazioni nell' ambulatorio annessovi, io era finalmente riuscito, la maniera più sicura, di ottenere in coltura pura, da un caso co di lepra tubercolare ed anestetica, un microrganismo anobio, morfologicamente affatto simile al bacillo leproso. Questo :rorganismo, che non aveva nulla di comune con quelli già precetemente coltivati da altri sperimentatori (Bordoni-Uffreduzzi, nturco, Kanthack e Barclay), era invece indubbiamente identico microrganismo già ottenuto in coltura pura dal nostro Prof. Camua un anno innanzi, identità da lui medesimo riconosciuta, dopo esame delle mie colture e dei miei preparati, che ebbi l'onore trasmettergli.

Dal tempo della mia prima pubblicazione sull' argomento »ggi io non ho tralasciato di ripetere i tentativi di coltura da »dotti leprosi, sia d' infermi già altra volta serviti per l' esperinto, sia di altri caduti posteriormente sotto la mia osservazione ancora una volta solamente mi fu dato di ottenere risultato sitivo. Questa volta, come la precedente, trattavasi di un caso lepra tubercolare ed anestetica e precisamente di quello stesso ermo Impellore, di cui stimo inutile qui riassumere le princili notizie della storia clinica, essendo esse già registrate nella blicazione anteriore, fra i casi che avevano risposto negativamente molteplici tentativi fino allora praticati. La coltura fu ottenuta che in questo caso pura di primo acchito, da un tubercolo cutaneo n ulcerato (dell' avambraccio), seguendo la tecnica già minutante nell' altro mio lavoro descritta e non solo in parecchi tubi n agar-agar, preparato con zucchero d'uva (secondo la formola ra volta indicata), profondamente inoculati per infissione, ma anche n il diretto insemenzamento dei minimi frammenti di tessuto in ovette contenenti semplice brodo nutritivo, tenute nel termostato 37°, dopo di aver praticato in esse il vuoto con buona pompa

a mercurio (Alvergniat). Se non che non posso passarmi dal far notare che in questo secondo risultato positivo la vitalità delle colture mi si mostrò assai inferiore a quella riconosciuta nelle colture del primo; già nelle provette originali la moltiplicazione del microrganismo apparve meno abbondante e nei trapianti successivi lo sviluppo fu lento e stentato, nè mi fu possibile andar oltre la terza generazione. Contemporaneamente non trascurerò di dire che la lepra in questo infermo, il quale aveva anche preso modiche dosi di olio di Chaulmoogra, almeno per quanto riguardava le manifestazioni cutanee, nel tempo in cui la coltura fu presa, sembrava in un periodo di quiescenza, i tubercoli piccoli, giallastri, poco numerosi e flaccidi: il microscopio non pertanto lasciava ancora a vedere nei focolai d'infiltrazione moltissimi e caratteristici bacilli.

Negli altri infermi ebbi costantemente risultato negativo, sia in quelli affetti da semplice lepra anestetica che in quelli con lepra tubercolare. Fra questi ultimi farò menzione di un infermo, presentatosi all' ambulatorio annesso alla nostra Clinica nel Giugno prossimo passato, tal Gabrielli Giovan Battista, di Giovanni, di anni 44, da Livorno, il quale, forte bevitore di vino e di liquori, erasi avveduto dell' inizio della sua malattia da circa quattro anni e nel momento della nostra prima osservazione presentava infiltrazioni nodulari molto sviluppate sul volto (sovratutto fronte e pomelli e dei lobuli degli orecchi, con inspessimento diffuso e pigmentazione rosso-brunastra della cute del dorso delle mani e dei piedi e disseminazione di piccoli rilievi papulosi e papulo-tubercolari sul dorso ed arti, con notevole anestesia. Quest' infermo, figliuolo di genitori sani e tuttora viventi, il quale non aveva precedentemente sofferto alcun' altra affezione degna di nota, erasi spesse volte recato a Nizza ed a Marsiglia in cerca di occupazioni, senza che ricordasse di essere rimasto in contatto o di avere anche soltanto veduto persone affette della medesima sua malattia, della quale egli del resto non si preoccupava punto, ignorandone affatto la natura e credendola cosa di nessun momento. Qualche dolore negli arti, che aveva preceduto la comparsa dei fenomeni cutanei ed un senso di leggiera paresi con tremore negli arti superiori, di cui egli fu fatto avvertito nel primo esordire della malattia, erano stati infatti giudicati da un medico, cui l'infermo andò per consiglio, semplici manifestazioni di alcoolismo cronico.

La coltura fu da esso, a breve intervallo di tempo, ripetuta ben tre volte, sia per infissioni profonde nell' agar-agar zuccherato e nel semplice brodo nutritivo, curando sempre la più completa

estrazione dell' aria dai tubi di coltura, ma non con migliore fortuna, sebbene il materiale fosse preso dai grossi noduli della faccia e da parecchi tubercoli del dorso, a superficie affatto integra e presentanti al microscopio un numero veramente prodigioso di bacilli leprosi tipici. I tubi inoculati rimasero tutti e completamente sterili.

Da quanto si è detto appare chiaro che la coltura di questo bacillo dai tessuti leprosi si ottiene con grande difficoltà (per quel che mi riguarda due volte solamente sopra un grande numero di tentativi pazientemente ripetuti in ben dieci infermi), il che sembra a prima vista in diretta contradizione col numero così rilevante di bacilli, che in quei tessuti si contengono. Evidentemente trattasi di un microrganismo, pel quale debbono concorrere moltissime condizioni, che ancora non conosciamo in tutta la loro estensione, perchè un risultato positivo si ottenga. Ed io penso in verità che queste speciali condizioni, a noi tuttora ignote, debbano riguardare piuttosto lo stato in cui il bacillo si trova nel momento in cui si procede al tentativo di coltura che altro, giacchè, se così non fosse, non saprei darmi conto, nei moltissimi tentativi eseguiti, perchè mai con la medesima tecnica, gl' identici terreni di coltura e rimanendo sempre, anche in ogni più piccolo accessorio, nelle identiche condizioni di sperimentazione, i risultati positivi sieno tanto rari. Per questa ragione parmi indispensabile che ciascuno, nel ripetere questi tentativi di coltura, non trascuri di registrare con la maggiore possibile precisione l' età, la forma clinica della malattia, il periodo di progresso, stato o regresso in cui essa rattrovasi, la concomitanza o meno di altre affezioni che possano forse, senza che noi ancora lo sapessimo, avere influenza sulla malattia principale, i rimedii usati ecc..., tutto quanto, in una parola, può riguardare l' infermo prescelto per l' esperimento, l' insieme di questi dati potendo un giorno col moltiplicarsi dei tentativi far luce sulla incostanza dei risultati.

Sarebbe forse strano pensare che in casi singoli, per una ragione o per l' altra, la più gran parte dei bacilli che il microscopio nelle infiltrazioni leprose ci mette sott' occhio, sieno morti o per lo meno dotati di un potere vitale insufficiente ad ottenerne la moltiplicazione fuori del corpo umano?

È importante conoscere che la coltura di questo bacillo può ottenersi in un terreno neutro o leggermente alcalino, come del pari in un terreno leggermente acido e ciò non solamente nei trapianti successivi, ma anche nelle colture originali. Questo fatto, alla conoscenza del quale io son venuto per un caso affatto fortuito, ho potuto in seguito largamente controllare. Ed ecco come. Nel preparare l' agar-

agar con zucchero di uva, dopo la esatta neutralizzazione del mezzo nutritivo, io mi sono sempre avvalso per la sterilizzazione di esso dell' autoclave (dove, potendosi sotto la pressione di una o due atmosfere realizzare una temperatura superiore ai cento gradi, era sufficiente una sterilizzazione sola) e dopo procedeva alla coltura senza risaggiare la reazione, di cui io credeva poter essere perfettamente sicuro. In questo agar siffattamente preparato io aveva infatti ottenuto le più belle colture del bacillo leproso. Or venutomi un giorno in pensiere di risaggiare la reazione, dopo di aver operato la sterilizzazione del mezzo nutritivo nell' autoclave come di consueto, fui colpito dal trovarla, piuttosto che neutra o leggermente alcalina come era stata preparata, sensibilmente acida e questo fatto vidi poi ripetersi costantemente sempre che rifacevo la prova. Mi convinsi anche meglio della cosa con un esperimento di controllo: dopo di aver riempiuto parecchie provette di agar zuccherato, avente reazione leggermente alcalina, ne sottoposi solo alcune all' autoclave ed in queste soltanto la reazione fu mutata decisamente in acida; ed acida ugualmente mi si mostró la reazione di tutte le provette con agar zuccherato che io andai saggiando, contenenti colture belle e sviluppate, non esclusa una provetta che ancora io custodiva nel mio laboratorio stata gentilmente offerta dal Prof. Campana al Prof. de Amicis. Che poi il microrganismo possa svilupparsi ed ugualmente bene in un mezzo neutro o leggermente alcalino mi risultava già incontrastabile dal rigoglioso sviluppo ottenuto nelle colture nel vuoto fatte in semplice brodo nutritivo, preparato alla maniera ordinaria e regolarmente neutralizzato.

Il mutarsi della reazione da neutra o leggermente alcalina in acida durante la sterilizzazione dell' agar con zucchero d' uva io ho potuto constatare essere dovuto precisamente al glucosio che io adoperava, forse non chimicamente puro, perchè infatti una soluzione di esso accuratamente neutralizzata diveniva leggermente acida sempre che era sottoposta all' azione dell' autoclave.

Nello studio delle rimanenti proprietà biologiche del bacillo isolato, studio che ho potuto lungamente seguire dal tempo del primo risultato positivo ottenuto finora, non ho molto da aggiungere a quanto nella mia prima pubblicazione fu scritto. Dirò in poche parole che trattasi di un bacillo affatto simile al bacillo della lepra, capace di presentare al microscopio tutte quelle modalità morfologiche che possono osservarsi nel bacillo leproso, essenzialmente anaerobio, il quale alla temperatura di 37°—39° può coltivarsi tanto in un terreno nutritivo solido (agar-agar con zucchero

d'uva, operando l' innesto per infissione profonda) quanto in un mezzo liquido (anche semplice brodo nutritivo, col metodo degli anaerobii), dando colture più rigogliose nella oscurità che alla luce e capaci di conservarsi vitali anche per lunghissimo tempo, dopo 6 mesi p. es., e talora anche dopo un anno. Nell' agar-agar zuccherato lo sviluppo comincia ordinariamente dopo una settimana, sempre nella profondità del mezzo nutritivo e si compie in qualche mese, assumendo la colonia ordinariamente l' aspetto di un elegante merlettino, mentre nel brodo, purchè il vuoto sia perfetto, lo sviluppo è più rapido e dà luogo a un deposito sulle pareti del tubo che cresce col tempo, lasciando sempre limpido il sostrato nutritivo se lasciato in riposo. Questo bacillo si colora bene col metodo di Gram ed anche discrete preparazioni, sufficientemente nitide, io ho potuto ottenere talora col metodo Koch-Ehrlich, come i signori potranno vedere dando uno sguardo ai numerosi preparati, che io ho l' onore di sottoporre alla loro osservazione; poco bene riesce il metodo di Baumgarten.

Ho largamente moltiplicato le esperienze d' inoculazione agli animali da laboratorio (sovratutto conigli e capre), sia con tessuti freschi, di recente escisi ad infermi leprosi (tubercoli cutanei, alla osservazione microscopica ricchissimi di bacilli tipici) che con colture pure in piena attività di sviluppo, ottenute sia in brodo che in agar, operando le inoculazioni nella camera anteriore dell' occhio, nel congiuntivo sottocutaneo, nella cavità peritoneale ed anche talora nella spessezza di qualche tronco nervoso, lo sciatico p. es., senza ottenere mai la riproduzione della malattia, pur potendo talora dimostrare anche dopo molto tempo, la presenza dei bacilli nel sito della inoculazione o nelle sue vicinanze. Alcuni fra questi animali, inoculati già da molti mesi con le prime colture da me ottenute ed altri inoculati contemporaneamente con frammenti di tubercoli leprosi vivono tuttora e si mostrano nelle migliori condizioni di salute.

Questo bacillo può considerarsi veramente il bacillo della lepra? Ecco la domanda che naturalmente tutti rivolgiamo a noi medesimi. Il Prof. Campana, che ha il merito di avere per il primo isolato questo microrganismo, sia per il rigore scientifico richiesto nel giudicare sulla entità di un batterio e sia anche per lo spirito di modestia che gli è proprio, assai lodevolmente ha annunziato il suo microrganismo, senza pretese, come un bacillo simile al bacillo leproso; ma in verità io giudico si possa andare più oltre e si possa affermare con grandissima probabilità che le

colture ottenute sieno proprio quelle del bacillo della lepra. Quando si pensi che un medesimo microrganismo fu già ottenuto più volte in coltura pura e sempre di primo acchito da due sperimentatori, a Genova come a Napoli, pigliando il materiale da infermi diversi, ugualmente affetti da lepra tubercolare e questo microrganismo per la sua morfologia risulta affatto identico al bacillo leproso, conservando fino ad un certo grado anche le proprietà istio-chimiche di esso, non si può disconoscere che si resta molto proclivi ad ammettere di essere finalmente in possesso della vera coltura della lepra. Le proprietà anaerobie del microrganismo confermano, a mio modo di vedere, questo giudizio, tutti sapendo quanto sia eccezionale la lepra nell' organo destinato allo scambio dei gas, nel polmone propriamente detto.

La grande difficoltà che s' incontra nell' ottenerla questa coltura, epperò i risultati positivi ancora poco numerosi finoggi ottenuti non mi pare sieno forte argomento da potersi opporre in contrario : la coltura del bacillo tubercolare, nei primi tempi in che la si ottenne, non fu meno difficile, nè più costante.

È fuori dubbio che la dimostrazione completa della identità di questo bacillo da noi isolato col bacillo leproso sarebbe data solo dalla produzione artificiale della malattia in seguito ad inoculazione di una coltura pura di esso; ma questa prova sull' uomo non è permessa e sugli animali non è concludente, questi mostrandosi refrattarii, salvo forse qualche rarissimo caso ed ancora ben discutibile, a contrarre la lepra. In questi casi di risultato positivo della inoculazione agli animali non può escludersi il dubbio che siasi trattato piuttosto dello sviluppo di tubercolosi.

FÜNFTER TAG. — FREITAG 9. SEPTEMBER 1892.

## IX. Sitzung.

**: favus et la pelade en France 1887—1892.** Von Dr. H. Feulard.

iscussion: Neumann.

**ɔrläufige Mittheilungen über die Wirkung des Allylsulfocarbamids 'hiosinamins) bei subcutaner Einverleibung.** Von Doc. v. Hebra.

**i un caso comprovante l' esistenza del tricoma vero di Alibert.** Von e Amicis.

**Xanthoma diabeticorum; II. Lentigines seniles, Melanotic Staining ith Epithelial cancer; III. On True Yaws.** Von Dr. Hutchinson.

**:s figures psorospermiformes du cancer.** Von Dr. L. Török.

**Cas de dégénéréscence colloide du derme; II. Cas de ladrerie chez ıomme.** Von L. Perrin.

**u Pemphigus foliacé. Etudes histologiques des lésions trouvées dans ois cas semblables.** Von Dr. Petrini.

iscussion: Hardy, Petrini.

**Dermatitis repens; II. Adenoma sebaceum; III. Acne scrofulosus; '. Demonstration.** Von Dr. Radcliffe-Crocker.

## X. Sitzung.

### Section A.

**echerches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus ennorhagique.** Von Dr. J. Eraud und L. Hugounenq.

**Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens :hens; II. Remarques sur les alopécies de la kératose pilaire.** Von r. L. Brocq.

**u dermographisme. (Etude pathogénique, clinique et historique.)** Von 'r. E. Barthélemy.

**eber einige seltene Formen der Ichthyosis.** Von Dr. Ducrey.

**emonstrationen:** *a*) **Infective Angiomata;** *b*) **Summer-Eruptions.** Von r. Hutchinson.

iscussion: Dubreuilh.

**ie erste Behandlung bei Verbrennungen und Verbrühungen.** Von Dr. ossberger.

**'raitement du lupus à nodules disséminés.** Von Dr. Dubreuilh.

**'uberculin und Tuberculocidin bei der Lupusbehandlung.** Von van Hoorn.

)iscussion: Ueber Lewin's Vortrag über Arzneiexantheme: Köbner.

Section B.

1. **Vorschläge zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Syphilis.** Von Dr. Nenadović.

   Discussion: Köbner, Finger.

2. **I. Ueber die Syphilis bei den alten Griechen; II. Ueber Syphilis in Griechenland und eine specielle Form „Spyrokolon".** Von Prof. Joannu.

3. **Delle alterazioni istologiche dell' alopecia sifilitica e del loro rapporto con quelle dell' alopecia areata.** Von Dr. Giovannini.

4. **Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luëtischen Affectionen.** Von Prof. E. Schwimmer.

   Discussion: Spiegler, Janowsky, Mraček, Schwimmer.

5. **L'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la Syphilis tertiaire?** Von Dr. Petrini.

6. **Della azione, così detta specifica, del mercurio contra la Sifilide.** Von Prof. Scarenzio.

7. **Observations rares de guérison de syphilis tertiaire fruste.** Von Prof. E. Gaucher.

8. **Ueber die Behandlung des weichen Schankers mittelst Wärme.** Von Dr. E. Welander.

9. **Contribution au diagnostic différential de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire.** Von Dr. Barbe.

10. **Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.** Von Dr. Houlky-Bey.

11. **Contribution à l'asepsie dans la thérapeutique hypodermique.** Von Dr. Barthélemy.

12. **Del meccanismo di azione del Joduro di Potassio nella genesi delle iniezioni iodiche.** Von Dr. R. Campana.

## *IX. Sitzung. — 9 Uhr Vormittags.*

Vorsitzender: Neisser.

### Herr Feulard (Paris):

### Le favus et la pelade en France (1887—1892).

S'il est des questions qui méritent avant tout d'être étudiées discutées dans les congrès internationaux, ce sont celles qui ont it à certaines maladies contagieuses plus ou moins répandues vant les divers pays, et pour la prophylaxie et la guérison des-elles il est grandement utile de comparer ce qui se passe chez cun et les résultats obtenus par les divers systèmes employés.

C'est ainsi que l'on voit revenir presque à chaque congrès la estion de la prophylaxie de la syphilis; c'est ainsi qu'en 1889, s de notre premier congrès, une séance presque tout entière fut nsacrée à l'étude de la lèpre et que la même question va encore e discutée dans ce congrès.

C'est sans doute la même raison qui a fait inscrire à l'avance le programme du congrès l'étude des »dermatomycoses« et qui déterminé le comité d'organisation à me demander de préparer rapport sur l'état de la question de la teigne en France dans s dernières années. J'ai accepté l'honneur qu'on a bien voulu me ire avec l'espoir que d'autres orateurs appartenant à diverses tionalités prendraient à leur tour la parole pour nous exposer la ême situation dans leurs pays respectifs et que de cette étude n commun surgiraient certainement des propositions dont la mise n pratique, aidée par l'exemple de ce qui se passe chez les uns t chez les autres, serait l'occasion d'un nouveau progrès dans la rophylaxie et le traitement de ces désagréables maladies.[1])

Mais je m'aperçois, que je suis maintenant le seul inscrit sur ette question et je ne laisse pas que d'en éprouver un certain mbarras.

Qu'on ouvre, en effet, la dernière édition du Traité des maladies de la peau de notre éminent président (2e édition de la traduction française, par MM. Besnier et Doyon; p. 781); on y lit encore que la teigne est une maladie fréquente en France, et qu'un département, celui de l'Hérault, comptait, en 1864, 20 teigneux sur 1000 individus. Mon cher et honoré maître, M. E. Besnier, a déjà fait remarquer par une note au bas de cette même page que le renseignement n'était pas absolument exact, que ce n'étaient pas 20 teigneux sur 1000 individus que l'on pouvait compter dans ce département, mais 20 teigneux sur 1000 jeunes gens examinés au moment de la vingtième année, avant l'entrée au service militaire. Et puis la source de ce renseignement remonte maintenant à 30 années. J'ai déjà fait voir, en 1886[1]), que ces chiffres, même ainsi rectifiés, ne pouvaient plus être considérés comme exacts, que la teigne en France subissait un mouvement remarquable de décroissance qui irait certainement en s'accentuant, et le but de la présente communication est de vous montrer qu'en effet ce mouvement ne s'est pas ralenti.

Je vais donc forcément vous entretenir de statistiques et de chiffres; mais ces chiffres sont tout à l'honneur des progrès réalisés en France, et je demande que ce soient eux qui maintenant servent aux dermatologistes étrangers à nous juger. Mais j'aurais voulu qu'à leur tour ils voulussent bien, eux aussi, nous apporter des chiffres et des statistiques; sinon, faute de comparaison et comme résultat de notre franchise, la France restera encore à peu près seule citée comme un »pays de teignes«, alors qu'il ne serait pas bien difficile d'en nommer plusieurs autres où la maladie soit bien plus répandue.

Voilà pourquoi j'éprouve, disais-je, quelque embarras, dans la crainte que nos loyaux aveux ne tournent encore contre nous, comme les statistiques de M. Bergeron.

Ces statistiques, qui ont été faites en 1864, reposaient sur des documents officiels émanés de l'autorité militaire; ce sont en effet les seules bases que l'on puisse avoir pour établir un compte de ce genre; ce sont les mêmes que j'ai utilisées en 1886, et ce sont

[1]) Pour ne pas allonger cette communication, je ne m'occuperai que du favus et de la pelade, que nous avons l'habitude en France de rapprocher des teignes.

La question de la trichophytie est une question un peu spéciale qui intéresse surtout la ville de Paris et que nous nous réservons de traiter ultérieurement.

:ore les mêmes qui vont me servir[1]); l'identité d'origine donnant :es renseignements une valeur de comparaison que chacun comndra.

I.

**Le favus.**

On sait qu'en France, le service militaire étant obligatoire ır tous, tous les jeunes gens doivent, à l'âge de 21 ans, avant faire leur service, se présenter devant des »Conseils de revision« i ont la tâche d'éliminer, d'exempter tous ceux qui à un titre elconque ne paraissent pouvoir faire un service militaire connable. Parmi les causes d'exemption figurent : 1° la teigne; la calvitie ou l'alopécie. Le mot »teigne«, dans l'esprit ı règlement, s'applique exclusivement au favus, et de fait il n'en ıurait guère être autrement, la teigne tondante n'existant plus à ı vingtième année. Quant à la pelade, elle n'est pas comprise lans cette catégorie. On peut donc dire que la catégorie d'exemptions pour cause de teigne ne comprendra (défalcation faite de quelques erreurs de diagnostic rendues possibles par la rapidité obligée avec laquelle opère le conseil de revision) presque absolument que des favus.

A quoi correspond maintenant la seconde catégorie : »calvitie et alopécie«? A vingt ans, la calvitie idiopathique est rare; il s'agira donc de calvitie et d'alopécie causées par des maladies antérieures du cuir chevelu; or le favus n'est-il pas la maladie du cuir chevelu qui entraîne le plus à sa suite la calvitie irrémédiable; dans cette catégorie figureront donc également un certain nombre de favus anciens, traités et guéris, ou guéris spontanément avec calvitie complète; et de fait, ce sont les départements qui fournissent le plus d'exemptions pour cause de teigne qui en donnent aussi ordinairement le plus pour cause de calvitie et d'alopécie; il est donc impossible de ne pas établir un rapport immédiat entre ces deux catégories; enfin, à côté de ces alopécies postfaviques, de quelques calvities consécutives à des eczémas anciens, ou à d'autres affections, figureront naturellement un certain nombre d'alopécie peladiques, encore que les peladiques, nous en avons eu la preuve, sont quelquefois acceptés pour être traités et guéris, ou ensuite définitivement réformés si la maladie paraît trop longue à guérir. Notre seconde catégorie, composée de cas disparates, n'aura

---

[1]) H. Feulard, »Teignes et teigneux«, in-8°, Paris, Steinheil, 1886.

donc qu'une valeur relative; nous en donnons les chiffres à titre de renseignement complémentaire et surtout pour montrer la relation que nous venons de dire entre la teigne et la calvitie. Ceci dit pour expliquer la valeur que l'on doit accorder à nos documents, voyons quels sont les résultats qu'ils nous fournissent.

Je ferai d'abord remarquer qu'ils ne portent que sur la portion masculine de la population; que de plus ils nous indiquent seulement le nombre de jeunes gens qui sont encore atteints de favus à 20 ans; ceux qui en ont été traités et guéris avant cet âge sont, ou bien, n'ayant pas de cicatrices étendues, pris pour le service; ou bien, si la calvitie est très marquée, réformés comme atteints d'alopécie ou de calvitie.

Notre travail de 1886 embrassait la période comprise entre 1873 et 1885; celui-ci comprend les années 1887, 1888, 1889, 1890, 1891; les résultats de 1892 ne sont pas encore connus.

Donc pendant ces cinq dernières années, 1,518.813 conscrits ont défilé devant les conseils de revision; sur ce nombre, 964 ont été exemptés de suite pour cause de teigne, 897 pour cause de calvitie et d'alopécie.

Pendant les cinq dernières années de ma statistique de 1886 (années 1881—1885) le nombre des exemptions avait été de 1.399 pour la teigne; 1·574 pour la calvitie; ces chiffres étaient déjà en diminution notable, du moins pour la teigne, sur ceux de la période quinquennale précédente (1876 à 1880), laquelle donnait 1.541 exemptions pour teigne; 1.508 pour la calvitie.

| | | |
|---|---|---|
| De 1876 à 1880 . . . . . . | 1.541 | exemptions |
| De 1881 à 1885 . . . . . . | 1.399 | — |
| De 1887 à 1891 . . . . . . | 964 | — |

Ce premier point une fois établi, essayons d'entrer dans le détail des faits et d'analyser de plus près les résultats.

Une première chose nous frappe, c'est que tandis que dans les périodes précédentes tous les départements sans exception avaient eu des exemptions, en si petit nombre fussent-elles, dans notre dernière période quinquennale il y a eu 5 départements (Côte-d'Or, Indre, Haute-Marne, Belfort, Rhône) qui n'en ont pas eu du tout.

Sur les 82 départements restants, 53, c'est-à-dire à peu près exactement les deux tiers, ont eu moins de 10 exemptions; 15 en ont eu de 10 à 20; 5 de 20 à 30, 4 de 30 à 40; 1 en a eu 40 (Aveyron); 1 en a eu 50 (Côtes-du-Nord); 1 en a eu 63 (Hérault);

1 en a eu 65 (Pas-de-Calais); 1 enfin 90 (Seine-Inférieure), chiffre exceptionnellement élevé (tableau 1).[1])

Mais pour tirer de cette statistique tous les enseignements qu'elle comporte, il ne faut pas seulement se contenter de retenir ces chiffres bruts; il faut les rapporter proportionnellement au nombre des jeunes gens examinés pendant le même laps d'années.

C'est ce que j'ai fait dans un deuxième tableau construit sur le modèle de ceux que j'ai publiés en 1886.

Dans ce classement les départements sont rangés suivant le nombre des exemptions pour cause de teigne rapporté proportionnellement à 1000 examens de conscrits.

Enfin, pour permettre une facile comparaison avec les tableaux de 1886 et ceux de M. Bergeron, j'ai mis dans la liste générale des départements (tableau 3) les résultats les uns à côté des autres.

Dans le classement de M. Bergeron fait en 1860, le département placé en tête de liste était l'Hérault avec une proportion de 20 p. 1000, le second qui était la Seine-Inférieure, n'en avait déjà plus que 8·6 p. 1000 : trois départements seulement placés à la fin de la liste (Loire, Vosges, Haut-Rhin) avaient moins de 1 p. 1000, à savoir 0·9; 0·9; 0·8.

En 1886, le n⁰ 1 de la liste, qui est le Pas-de-Calais, n'a déjà plus que 4·74 p. 1000, il serait donc le 14ᵉ sur la liste de 1860 mais, résultat d'ensemble des plus satisfaisants 25 départements seulement ont de 1 à 3 exemptions p. 1000; 62 et non plus seulement 3 en ont moins de 1 p. 1000.

En 1892, nouveau progrès en décroissance:

16 départements seulement ont de 1 à 3 exemptions pour 1000; 5 sont absolument indemnes; 22 ont de 0·5 à 1 exemption; 35 de 0·1 à 0·5; 9 de 0·01 à 0·1.

Toutefois cette décroissance ne se fait pas également et régulièrement pour tous les départements : bien plus, il y a eu augmentation pour quelques-uns; ainsi l'Hérault, qui occupe en 1892 le premier rang avec 3·93 p. 1000, n'était que le 5ᵉ en 1886 avec

---

[1]) Je remercie M. le Ministre de la guerre d'avoir autorisé, M. le Directeur du service de santé d'avoir facilité l'accomplissement de mes recherches; M. le Dʳ Longuet, chargé du service de statistique médicale au ministère de la guerre, a droit à toute ma gratitude pour son obligeance et l'aide que m'a apportée sa compétence toute spéciale en ces matières, ainsi que M. le colonel du recrutement de la Seine.

## 1. — Classement des départements par le nombre des exemptions pour cause de teigne, de 1887 à 1891 (Chiffres bruts).

| Rang | Département | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | Seine-Inférieure | 90 |
| 2 | Pas-de-Calais | 65 |
| 3 | Hérault | 63 |
| 4 | Côtes-du-Nord | 50 |
| 5 | Aveyron | 40 |
| 6 | Manche | 38 |
| 7 | Nord | 35 |
| 8 | Gard | 32 |
| 9 | Landes | 32 |
| 10 | Finistère | 29 |
| 11 | Loire-Inférieure | 26 |
| 12 | Bouches-du-Rhône | 22 |
| 13 | Ardèche | 21 |
| 14 | Somme | 21 |
| 15 | Corrèze | 17 |
| 16 | Morbihan | 14 |
| 17 | Vendée | 14 |
| 18 | Cantal | 13 |
| 19 | Garonne (Haute-) | 13 |
| 20 | Ille-et-Vilaine | 13 |
| 21 | Indre-et-Loire | 13 |
| 22 | Sèvres (Deux-) | 12 |
| 23 | Tarn | 12 |
| 24 | Ariège | 11 |
| 25 | Maine-et-Loire | 11 |
| 26 | Vienne | 11 |
| 27 | Allier | 10 |
| 28 | Loiret | 10 |
| 29 | Lozère | 10 |
| 30 | Aisne | 9 |
| 31 | Alpes-Maritimes | 9 |
| 32 | Mayenne | 9 |
| 33 | Vosges | 9 |
| 34 | Ardennes | 8 |
| 35 | Isère | 8 |
| 36 | Var | 8 |
| 37 | Vienne (Haute-) | 8 |
| 38 | Calvados | 7 |
| 39 | Pyrénées (Basses-) | 7 |
| 40 | Sarthe | 7 |
| 41 | Savoie | 7 |
| 42 | Charente | 6 |
| 43 | Dordogne | 6 |
| 44 | Loire (Haute-) | 6 |

| Rang | Département | Nombre |
|---|---|---|
| 45 | Lot | [illegible] |
| 46 | Seine-et-Oise | [illegible] |
| 47 | Eure | [illegible] |
| 48 | Pyrénées-Orientales | 5 |
| 49 | Saône-et-Loire | 5 |
| 50 | Seine | 5 |
| 51 | Aude | 4 |
| 52 | Charente-Inférieure | 4 |
| 53 | Corse | 4 |
| 54 | Doubs | 4 |
| 55 | Loir-et-Cher | 4 |
| 56 | Lot-et-Garonne | 4 |
| 57 | Marne | 4 |
| 58 | Puy-de-Dôme | 4 |
| 59 | Alpes (Basses-) | 3 |
| 60 | Alpes (Hautes-) | 3 |
| 61 | Cher | 3 |
| 62 | Meuse | 3 |
| 63 | Nièvre | 3 |
| 64 | Pyrénées (Hautes-) | 3 |
| 65 | Seine-et-Marne | 3 |
| 66 | Tarn-et-Garonne | 3 |
| 67 | Ain | 2 |
| 68 | Gers | 2 |
| 69 | Gironde | 2 |
| 70 | Loire | 2 |
| 71 | Meurthe-et-Moselle | 2 |
| 72 | Oise | 2 |
| 73 | Saône (Haute-) | 2 |
| 74 | Yonne | 2 |
| 75 | Aube | 1 |
| 76 | Creuse | 1 |
| 77 | Drôme | 1 |
| 78 | Eure-et-Loir | 1 |
| 79 | Jura | 1 |
| 80 | Orne | 1 |
| 81 | Savoie (Haute-) | 1 |
| 82 | Vaucluse | 1 |
| 83 | Côte-d'Or | 0 |
| 84 | Indre | 0 |
| 85 | Marne (Haute-) | 0 |
| 86 | Belfort | 0 |
| 87 | Rhône | 0 |

lassement des départements par le nombre des ions pour cause de teigne de 1887 à 1891 (proportion sur 1000 examinés).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3.93 | 45 | Aisne | 0.40 |
| férieure | 3.01 | 46 | Eure | 0.39 |
| | 2.31 | 47 | Tarn-et-Garonne | 0.39 |
| | 2.09 | 48 | Lot-et-Garonne | 0.38 |
| ı | 2.06 | 49 | Pyrénées (Basses-) | 0.35 |
| | 1.84 | 50 | Aude | 0.34 |
| 'alais | 1.72 | 51 | Corse | 0.33 |
| ı-Nord | 1.70 | 52 | Loir-et-Cher | 0.33 |
| | 1.47 | 53 | Isère | 0.32 |
| : | 1.23 | 54 | Doubs | 0.31 |
| | 1.22 | 55 | Pyrénées (Hautes-) | 0.31 |
| | 1.19 | 56 | Dordogne | 0.29 |
| aritimes | 1.16 | 57 | Meuse | 0.28 |
| | 1.10 | 58 | Seine-et-Oise | 0.27 |
| -Loire | 1.05 | 59 | Marne | 0.25 |
| s-du-Rhône | 1.00 | 60 | Charente-Inférieure | 0.23 |
| ıférieure | 0.97 | 61 | Seine-et-Marne | 0.22 |
| | 0.97 | 62 | Gers | 0.20 |
| e | 0.94 | 63 | Cher | 0.19 |
| (Deux-) | 0.83 | 64 | Nièvre | 0.18 |
| | 0.81 | 65 | Puy-de-Dôme | 0.17 |
| | 0.80 | 66 | Saône (Haute-) | 0.17 |
| | 0.79 | 67 | Yonne | 0.14 |
| | 0.77 | 68 | Ain | 0.13 |
| e (Haute-) | 0.72 | 69 | Oise | 0.13 |
| ıe | 0.65 | 70 | Meurthe-et-Moselle | 0.11 |
| | 0.64 | 71 | Aube | 0.11 |
| es | 0.63 | 72 | Saône-et-Loire | 0.10 |
| ın | 0.59 | 73 | Vaucluse | 0.10 |
| :s-Orientales | 0.58 | 74 | Eure-et-Loir | 0.09 |
| | 0.57 | 75 | Drôme | 0.08 |
| Basses-) | 0.57 | 76 | Jura | 0.08 |
| Hautes-) | 0.57 | 77 | Loire | 0.07 |
| | 0.56 | 78 | Creuse | 0.07 |
| t-Loire | 0.54 | 79 | Orne | 0.07 |
| (Haute-) | 0.50 | 80 | Savoie (Haute-) | 0.07 |
| | 0.50 | 81 | Gironde | 0.06 |
| | 0.50 | 82 | Seine | 0.05 |
| 'ilaine | 0.48 | 83 | Cote-d'Or | 0.00 |
| | 0.46 | 84 | Indre | 0.00 |
| ıs | 0.43 | 85 | Marne (Haute-) | 0.00 |
| te | 0.43 | 86 | Belfort | 0.00 |
| | 0.41 | 87 | Rhone | 0.00 |
| Haute-) | 0.40 | | | |

## 3. — Exemptions pour cause de teigne.

| Départements | 1887 à 1891 | | | Proportion des exemptés pour teigne sur 1000 examinés | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total des jeunes gens examinés | Exemptés pour Teigne | Exemptés pour Cavitie | 1857 à 1860 | 1873 à 1885 | 1887 à 1891 |
| Ain | 14.777 | 2 | 3 | 1.4 | 0.35 | 0.13 |
| Aisne | 21.983 | 9 | 15 | 2.4 | 0.90 | 0.40 |
| Allier | 19.943 | 10 | 12 | 1.0 | 0.49 | 0.50 |
| Alpes (Basses-) | 5.187 | 3 | 1 | 1.2 | 0.33 | 0.57 |
| Alpes (Hautes-) | 5.199 | 3 | 0 | 2.4 | 0.99 | 0.57 |
| Alpes-Maritimes | 7.718 | 9 | 21 | — | 1.12 | 1.16 |
| Ardèche | 17.076 | 21 | 8 | 2.7 | 1.63 | 1.23 |
| Ardennes | 12.694 | 8 | 1 | 2.7 | 0.69 | 0.63 |
| Ariège | 9.998 | 11 | 7 | 3.4 | 0.61 | 1.10 |
| Aube | 9.029 | 1 | 2 | 3.2 | 0.48 | 0.11 |
| Aude | 12.462 | 4 | 15 | 4.5 | 0.69 | 0.34 |
| Aveyron | 19.111 | 40 | 20 | 8.2 | 3.28 | 2.06 |
| Bouches-du-Rhône | 21.984 | 22 | 6 | 5.0 | 1.06 | 1.00 |
| Calvados | 16.104 | 7 | 11 | 2.7 | 1.09 | 0.43 |
| Cantal | 10.635 | 13 | 3 | 7.2 | 2.55 | 1.22 |
| Charente | 13.938 | 6 | 4 | 2.9 | 0.31 | 0.43 |
| Charente-Inférieure | 16.766 | 4 | 16 | 3.4 | 0.59 | 0.23 |
| Cher | 15.705 | 3 | 3 | 1.8 | 0.16 | 0·19 |
| Corrèze | 14.239 | 17 | 19 | 6·7 | 1.84 | 1.19 |
| Corse | 11.767 | 4 | 7 | 4.4 | 1.12 | 0.33 |
| Côte-d'Or | 14.273 | 0 | 0 | 3.7 | 0.36 | 0.00 |
| Côtes-du-Nord | 29.363 | 50 | 26 | 2.2 | 3.55 | 1.70 |
| Creuse | 12.682 | 1 | 16 | 1.7 | 0.69 | 0.07 |
| Dordogne | 20.159 | 6 | 7 | 2.3 | 0.79 | 0.29 |
| Doubs | 12.649 | 4 | 2 | 1.0 | 0.28 | 0.31 |
| Drôme | 12.577 | 1 | 0 | 2.5 | 0.49 | 0.08 |
| Eure | 12.568 | 5 | 9 | 4.1 | 1.20 | 0.39 |
| Eure-et-Loir | 10.876 | 1 | 5 | 5.0 | 0.52 | 0.09 |
| Finistère | 30.711 | 29 | 33 | 1.5 | 1.57 | 0.94 |
| Gard | 15.764 | 32 | 18 | 4.2 | 1.11 | 2.09 |
| Garonne (Haute-) | 17.967 | 13 | 22 | 3.3 | 0.18 | 0.72 |
| Gers | 9.719 | 2 | 3 | 2.1 | 1.13 | 0.20 |
| Gironde | 29·503 | 2 | 16 | 1.7 | 0.59 | 0.06 |
| Hérault | 16.020 | 63 | 5 | 20.0 | 3.09 | 3.93 |
| Ille-et-Vilaine | 26.895 | 13 | 18 | 1.3 | 0.68 | 0.48 |
| Indre | 13.346 | 0 | 6 | 1.2 | 0.84 | 0.00 |
| Indre-et-Loire | 12.371 | 13 | 28 | 2.4 | 0.80 | 1.05 |
| Isère | 24.316 | 8 | 8 | 3.3 | 0.25 | 0.32 |
| Jura | 12.032 | 1 | 3 | 1.2 | 0.12 | 0.08 |
| Landes | 13.846 | 32 | 10 | 7.5 | 3.29 | 2.31 |
| Loir-et-Cher | 11.962 | 4 | 9 | 2.2 | 0.74 | 0.33 |
| Loire | 26.800 | 2 | 7 | 0.9 | 0.17 | 0.07 |
| Loire (Haute-) | 14.913 | 6 | 7 | 2.2 | 0.86 | 0.40 |
| Loire-Inférieure | 27.474 | 26 | 23 | 2.0 | 0.49 | 0.97 |
| Loiret | 15.560 | 10 | 9 | 4.6 | 0.59 | 0.64 |
| Lot | 10.586 | 6 | 7 | 5.6 | 0.96 | 0.56 |
| Lot-et-Garonne | 10.506 | 4 | 4 | 3.6 | 0.71 | 0.38 |
| *A reporter* | 731.753 | 521 | 475 | | | |

## Exemptions pour cause de teigne.

| nents | 1887 à 1891 | | | Proportion des exemptés pour teigne sur 1000 examinés | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total des jeunes gens examinés | Exemptés pour Teigne | Exemptés pour Cavitie | 1857 à 1860 | 1873 à 1885 | 1887 à 1891 |
| . . . . | 731.753 | 521 | 475 | | | |
| . . . . . | 6.764 | 10 | 3 | 7.0 | 1.86 | 1.47 |
| oire . . | 20.243 | 11 | 8 | 1.8 | 1.10 | 0.54 |
| . . . . . | 20.555 | 38 | 47 | 1.6 | 1.19 | 1.84 |
| . . . . . | 15.568 | 4 | 9 | 3.6 | 0.46 | 0.25 |
| ute-) . | 9.197 | 0 | 2 | 2.7 | 0·64 | 0.00 |
| . . . . . | 13.671 | 9 | 23 | 1.7 | 0.77 | 0.65 |
| -Moselle | 17.507 | 2 | 0 | 1.2 | 0.12 | 0.11 |
| . . . . . | 10.611 | 3 | 2 | 1.4 | 0.32 | 0.28 |
| . . . . . | 23.415 | 14 | 7 | 1.4 | 0.74 | 0.59 |
| . . . . . | 16.303 | 3 | 24 | 1.3 | 0.72 | 0.18 |
| . . . . . | 71.641 | 35 | 42 | 4.2 | 0.85 | 0.46 |
| . . . . . | 15.363 | 2 | 4 | 3.3 | 0.95 | 0.13 |
| . . . . . | 12.898 | 1 | 18 | 1.0 | 0.28 | 0.07 |
| is . . . | 37.645 | 65 | 41 | 8.2 | 4.74 | 1.72 |
| ne . . | 23.524 | 4 | 6 | 1.9 | 0.35 | 0.17 |
| (Basses-) | 19.470 | 7 | 25 | 7.8 | 2.32 | 0.35 |
| Hautes-) | 9.498 | 3 | 1 | 3.6 | 0.64 | 0.31 |
| rientales | 8.593 | 5 | 2 | 3.2 | 0.92 | 0.58 |
| -), Belfort | 3.810 | 0 | 0 | 0.8 | 0.24 | 0.00 |
| . . . . . | 26.001 | 0 | 1 | 2.0 | 0.12 | 0.00 |
| ute-) . . | 12.080 | 2 | 1 | 1.9 | 0.10 | 0.17 |
| oire . . | 28.217 | 5 | 4 | 1.0 | 0.31 | 0.10 |
| . . . . . | 17.048 | 7 | 3 | 1.0 | 0.68 | 0.41 |
| . . . . . | 12.137 | 7 | 1 | — | 0.95 | 0.57 |
| ute-) . . | 13.941 | 1 | 6 | — | 0.59 | 0.07 |
| . . . . . | 94.839 | 5 | 6 | 1.2 | 0.07 | 0.05 |
| ieure . . | 33.123 | 90 | 32 | 8.6 | 1.82 | 3.01 |
| arne . . | 13.546 | 3 | 6 | 3.2 | 0.43 | 0.22 |
| se . . . | 21.054 | 6 | 9 | 2.2 | 0.23 | 0.27 |
| ux-) . . | 14.324 | 12 | 19 | 1.5 | 0.89 | 0.83 |
| . . . . . | 21.740 | 21 | 27 | 6.1 | 1.11 | 0.97 |
| . . . . . | 14.797 | 12 | 11 | 4.5 | 2.94 | 0.81 |
| ronne . | 7.929 | 3 | 3 | 3.8 | 0.76 | 0.39 |
| . . . . . | 9.988 | 8 | 5 | 2.5 | 0.98 | 0.80 |
| . . . . . | 9.156 | 1 | 3 | 1.4 | 0.25 | 0.10 |
| . . . . . | 17.582 | 14 | 6 | 4.6 | 1.99 | 0.79 |
| . . . . . | 14.103 | 11 | 2 | 1.5 | 1.05 | 0.77 |
| laute-) . | 15.704 | 8 | 5 | 2.8 | 0.54 | 0.50 |
| . . . . . | 17.910 | 9 | 4 | 0.9 | 0.40 | 0.50 |
| . . . . . | 13.965 | 2 | 4 | 3.2 | 0.78 | 0.14 |
| . . . . . | 1,518.813 | 964 | 897 | | | |

1·82, passe au deuxième rang en 1892 avec une augmentation extraordinaire, 3·01 :

Mais ce qui devient tout à fait curieux, c'est de constater que ce sont ces deux mêmes départements, Hérault et Seine-Inférieure qui avaient déjà les n° 1 et 2 en 1860.

D'ailleurs, on peut dire que ce sont toujours à peu près les mêmes départements qui occupent la tête de la liste dans les trois classements.

| Classement de 1860. | Classement de 1886. | Classement de 1892. |
|---|---|---|
| 1 Hérault. | 1 Pas-de-Calais. | 1 Hérault. |
| 2 Seine-Inférieure. | 2 Côtes-du-Nord. | 2 Seine-Inférieure. |
| 3 Aveyron. | 3 Landes. | 3 Landes. |
| 4 Pas-de-Calais. | 4 Aveyron. | 4 Gard. |
| 5 Basses-Pyrénées. | 5 Hérault. | 5 Aveyron. |
| 6 Landes. | 6 Tarn. | 6 Manche. |
| 7 Cantal. | 7 Cantal. | 7 Pas-de-Calais. |
| 8 Lozère. | 8 Basses-Pyrénées. | 8 Côtes-du-Nord. |
| 9 Corrèze. | 9 Vendée. | 9 Lozère. |
| 10 Somme. | 10 Lozère. | 10 Ardèche. |

On pourrait en dire à peu près autant de ceux qui occupent la fin de la liste, et cette constance dans les résultats nous paraît donner une grande valeur aux statistiques que nous produisons; elle permet en tout cas de désigner nettement les régions qui sont constamment les plus atteintes et d'attirer sur elles l'attention des pouvoirs publics et des médecins.

Les pays les plus atteints forment trois groupes principaux.

Les plus important est situé dans le midi : il comprend le département de l'Hérault[1]), le plus atteint de toute la France, autour

[1]) Cette fréquence remarquable du favus dans le département de l'Hérault se trouve confirmée par les notes qu'à bien voulu nous transmettre sur ce sujet M. le Dr. Brousse, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Dans cette ville, les teigneux âgés de moins de 16 ans sont soignés à la clinique des maladies des enfants à l'Hôpital Général; au-dessus de cet âge, à la clinique dermatologique. Pendant l'année scolaire 1890-1891, à la clinique infantile dirigée par M. le Dr. Baumel, le nombre des teigneux a été de 95 (65 internes, 30 externes); sur ce nombre il y avait 88 favus et seulement 7 tondantes. A la clinique dermatologique dirigée par M. Brousse, il y a eu, en 1890, 40 pelades, 6 favus; en 1891, 16 pelades, 4 favus. Cela

duquel se groupent l'Aveyron, le Gard, puis la Corrèze, le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, les Bouches-du-Rhône; au sud également et plus à l'est, les Alpes-Maritimes; au sud, sur la frontière pyrénéenne, l'Ariège; un peu plus à l'ouest sur l'Océan, les Landes[1]).

Le second groupe est moins cohérent, les régions atteintes sont situées en bordure de la Manche, d'abord la Seine-Inférieure, au nord le Pas-de-Calais, à l'ouest la Manche et les Côtes-du-Nord.

Enfin un troisième groupe, assez compact, mais à morbidité moins élevée, comprend les départements de l'ouest entre la Touraine et la mer (Indre-et-Loire, Vienne, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Vendée, Loire-Inférieure, Morbihan, Finistère).

Au contraire, c'est dans la partie est de la France que la maladie est le moins répandue, la portion est du bassin de la Seine, celui de la Marne, la région des Vosges sont peu touchées.[2])

Peut-on tirer de cette répartition géographique quelque renseignement de valeur sur les causes de la fréquence persistante du favus dans certaines régions.[3])

---

représente près de 100 favus observés en une année, dans une ville relativement peu populeuse; pendant l'année 1891 à Paris, en réunissant le nombre des enfants atteints de favus traités aux traitements externes de Saint-Louis, des Enfants Malades et de Trousseau, nous trouvons seulement 16 cas, auxquels il est juste d'ajouter les enfants de l'école de Saint-Louis, 24 cas, et comme adultes les malades soignés à Saint-Louis pendant l'année, 6 cas, soit un total de 36 faviques; on voit la différence.

[1]) A Bordeaux sur 2400 cas de maladies cutanées observés par M. le Dr. Dubreuilh à sa policlinique, celui-ci (note manuscrite) relève 28 cas de favus variant comme âge de 6 à 39 ans. La plupart de ces cas de favus viennent des Landes et du Périgord. Cependant il n'est pas rare d'en voir de contractés à Bordeaux : M. Dubreuilh a pu voir une épidémie de favus dans une école. Le favus y avait été apporté par un enfant venant de la campagne et qui le tenait de son père; il y eut dans le courant de l'année 4 à 5 cas de favus dans cette école, chez des enfants n'ayant pas quitté Bordeaux.

A Toulouse, nous écrit M. le Dr. Moreau, la teigne, si l'on exclut la pelade, est peu fréquente. Mais les départements voisins l'Ariège, les Hautes-Pyrénées, l'Aveyron y envoient de nombreux cas de trichophytie et de favus : l'Ariège pour le favus tient le premier rang.

[2]) Voici pour Nancy quelques chiffres que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Spillmann et du Dr. Paul Simon, chargé du service des teigneux à l'hôpital départemental : en 1886, 6 favus, 11 tondantes; 1889, 10 favus, 3 tondantes; 1890, 11 favus, 11 tondantes, 1 pelade; 1891, 6 favus, 19 tondantes, 4 pelades; 1892 jusqu'à juillet, 11 favus, 1 tondante, 2 pelades.

[3]) Les renseignements que nous venons de donner ne concernent que les départements de France et la Corse. Il n'y a pas, en effet, de conseils

Plusieurs déductions peuvent être tirées.

D'abord il n'y a aucun rapport à établir entre la densité de la population et le nombre des jeunes gens faviques, puisque le département de la Seine, par exemple, qui a eu pendant ces cinq années 94.839 conscrits examinés, n'a eu cependant que 5 exemptions; que le Rhône, qui en a eu 26.001, n'a même pas eu une exemption et qu'inversement l'Hérault, avec 16.020 conscrits seulement, a eu 63 exemptions, l'Ariège avec 9.998 conscrits, 11 exemptions et l'Aveyron avec 19.911 conscrits, 40 exemptions; on peut même dire que dans les départements qui contiennent de grands centres urbains (Paris, Lyon) la proportion s'abaisse, ce qui a fait dire que le favus est une affection des campagnes et non des villes.

Cette assertion n'est qu'en partie exacte. Il est vrai que la vie dans les fermes, le contact plus ordinaire avec des animaux pouvant donner le favus (rats, souris, chats) peut être une cause

---

de revision fonctionnant en Algérie et nous ne pouvons avoir recours aux mêmes sources.

Le favus est très fréquent en Algérie et en Tunisie. Notre excellent confrère M. le Dr. Gémy a bien voulu nous fournir sur ce sujet d'intéressantes notes qui vont nous servir à le démontrer. Pendant l'année scolaire 1891-1892, sur 94 enfants reconnus atteints de teigne*) et éloignés de l'école par M. Gémy, médecin inspecteur des écoles 79, étaient atteints de favus, 67 garçons, 12 filles; sur ce nombre il y avait 2 enfants d'origine française, 6, espagnole, 1, italienne, 45 enfants israélites indigènes, 25 musulmans indigènes. Sur 350 enfants entrés dans le service de clinique infantile pendant l'année scolaire 1891-1892, il y a eu 15 teigneux, 9 garçons, 6 filles ou faviques. Sur 50 indigènes adultes reçus à la cliniques dermatologique pendant la même année, il y avait 6 teigneux faviques.

Comme on le voit, le favus est fréquent en Algérie, surtout dans la population indigène**), ce qui s'explique suffisamment par les déplorables conditions hygièniques dans lesquelles vit cette population; et encore ne s'agit-il là que de la ville même d'Alger; que doit-il en être dans l'intérieur du pays.

*) Il faut considérer ce chiffre de 94, dit M. Gémy, comme au-dessous de la réalité, beaucoup d'enfants pour une cause ou une autre échappant à la visite; la population des écoles comprend 5.956 enfants, 3.458 garçons, 2.498 filles; mais les élèves ne sont pas toujours réellement présents. Ces chiffres ne représentent guère d'ailleurs que les trois cinquèmes de la population enfantine, le reste fréquentant les écoles libres ou vagabondant dans les rues. Beaucoup de filles sont gardées dans l'intérieur des familles.

**) On en trouvera une autre preuve en étudiant encore les documents militaires (»Statistique médicale de l'armée«, 1886, 87, 88, 89, 90). C'est ainsi qu'en 1888 35 soldats ont été réformés pour cause de favus; 26 de ces réformes étaient fournies par l'Algérie et la Tunisie, parmi lesquelles 17 reviennent aux régiments de tirailleurs algériens et 4 aux bataillons d'infanterie légère d'Afrique. En 1889, 55 réformes pour favus: 40 sont fournies par l'élément indigène des régiments de tirailleurs et de spahis, et principalement par la Tunisie (31). En 1890, 42 réformes: l'Algérie et la Tunisie revendiquent 23 cas, la Tunisie en compte 18 (tirailleurs algériens) à elle toute seule.

de la plus grande fréquence du favus dans les campagnes; mais la cause véritable de cette fréquence, c'est l'absence des conditions hygiéniques de la vie et surtout le manque de soins. Dans les grands centres, les enfants sont plus facilement surveillés, les malades reconnus et traités convenablement; le jour où on voudra se donner la peine de s'occuper sérieusement de cette question, instituer des inspections régulières dans les écoles du département, envoyer au chef-lieu les enfants teigneux et les garder en traitement jusqu'à guérison soit dans un hôpital, soit encore mieux dans un hôpital-école analogue à celui qui va fonctionner à Saint-Louis, ce jour-là le favus disparaîtra de France complètement.

Mais il est nécessaire que les pouvoirs publics interviennent, parce qu'il faut compter avec la négligence de parents, avec leur mauvaise volonté, parfois avec leurs calculs intéressés.

Le favus étant une cause d'exemption du service militaire, certains jeunes hommes atteints de cette maladie la conservent avec soin jusqu'à l'âge du régiment pour se faire exempter. Il conviendrait donc de faire ce qui se fait dans le pays même où nous sommes, où les conscrits atteints de favus sont néanmoins incorporés puis traités, guéris et renvoyés ensuite dans leurs régiments. On est toujours certain de guérir un favus et dans un délai assez court relativement; l'incorporation des faviques serait une mesure excellente, elle supprimerait un appât malsain à la lâcheté fainéante de certains jeunes gens qui n'auraient plus dès lors d'intérêt à conserver leur mal; elle supprimerait rapidement, en les guérissant, ces foyers de contagion permanente que sont les vieux faviques.

La disparition spontanément progressive du favus doit encourager à entrer dans cette voie pour arriver à une suppression complète et rapide de cette dégoûtante maladie.

## II.

### La pelade.

Si le favus va chaque jour en diminuant en France, on n'en saurait dire autant de la pelade qui, elle, va toujours augmentant, surtout dans les grands centres. Sa fréquence est devenue telle depuis quelques années, qu'il faut maintenant sérieusement compter avec cette maladie et que des mesures rigoureuses de prophylaxie s'imposent de plus en plus : et cette extension rapide et croissante

de la pelade, comme le démontrent les statistiques que je vais mettre sous vos yeux, n'est-elle pas le meilleur argument que l'on puisse opposer à ceux qui mettent en doute la contagiosité de la pelade commune.

Sur cette contagiosité, sur la façon dont elle s'exerce, sur les mesures à opposer à cette maladie, que pourrais-je vous dire qui n'ait été déjà et beaucoup mieux dit dans le remarquable rapport présenté à l'Académie de médecine de Paris, en 1888, par mon cher et honoré maître M. Ernest Besnier.[1])

Je vais simplement, en m'appuyant sur des documents officiels, et notamment sur ceux qui émanent de l'autorité militaire, puisque de bonnes statistiques civiles là aussi me font défaut, je vais- dis-je, essayer de vous tracer l'histoire de l'invasion peladique dans l'armée française depuis quatre années, depuis 1888.

Depuis le travail de M. Besnier, qui avait été lui-même précédé de la relation de deux épidémies importantes de pelade, l'une, en 1888, dans le gouvernement militaire de Paris,[2]) l'autre, en 1886, dans un régiment de ligne à Montpellier,[3]) l'attention des médecins militaires fut spécialement attirée sur la pelade, et les observations et relations d'épidémies analogues furent soigneusement relatées.

Ainsi s'est constitué chaque année un véritable dossier de la pelade dans l'armée française et ce sont les pièces les plus importantes de ce dossier que je vais vous faire connaître, d'après le travail de statistique médicale que publie chaque année sur l'état sanitaire de notre armée, un médecin militaire fort distingué, M. le Dr. Longuet.[4])

Pendant l'année 1888, outre l'épidémie de Paris, dont il a été parlé plus haut, la pelade était signalée dans plusieurs corps d'armée.

Le II[e] corps en présentait de nombreux cas dans ses garnisons d'Amiens, La Fère, Compiègne, Beauvais, Péronne. Le 51[e] de ligne

[1]) »Sur la pelade.« In-8⁰, Paris, Masson, 1888. V. encore : G. Thibierge, Sur la question de la contagion de la pelade. »Ann. de dermatologie«, 188[illegible], page 503.

[2]) Colin, La pelade dans le gouvernement militaire de Paris. »Arch. de méd. et de pharm. militaires«, XII.

[3]) Coustan, Épidémie de pelade achromateuse observée à Montpellier en 1886. »Révue d'hygiène«, 1887, p. 554.

[4]) »Statistique médicale de l'armée. In-4⁰, Paris, imp. nationale, années 1888, 1889, 1890.

dans ses garnisons de Beauvais et de Péronne en fournissait à lui seul 50 cas. A Beauvais la maladie débutait par un homme arrivant du 45e de ligne à Laon. Le caractère contagieux a été bien démontré par un cas très net de transmission par une brosse à cheveux; mais comme toujours c'est la tondeuse qui est incriminée comme l'agent ordinaire de propagation.

Dans le VIe corps (région de l'Est), 27 cas de pelade s'observent sur la garnison de Toul (146e et 156e de ligne); 12 au 25e bataillon de chasseurs à Saint-Mihiel, et 5 au 148e de ligne à Verdun. A Saint-Mihiel 6 cas sur 7 s'observent dans une seule baraque et sur des hommes appartenant à une compagnie qui avait eu, trois mois auparavant, une homme réformé pour cette affection.

La pelade était encore signalée à Lyon au 9e cuirassiers, où le premier malade paraît avoir contracté la maladie en permission; à Nîmes, à Nice, à Cette (au retour des manœuvres); à Bordeaux.

En 1889, la pelade est encore observée avec une certaine fréquence et sur un grand nombre de points du territoire. Mais les principaux foyers sont, comme pour l'année précédente, le gouvernement militaire de Paris et le VIe corps d'armée. A Paris, c'est le 19e escadron du train qui est particulièrement atteint; dans le IIe corps toutes les garnisons sont frappées, à l'exception de celles de Senlis, Hirson et la Capelle : et 160 cas sont relevés. Les corps les plus atteints sont : le 17e régiment d'artillerie, à la Fère (35 cas); le 51e de ligne, à Beauvais (27 cas), le même qui avait eu 50 cas l'année précédente; le détachement du 72e de ligne, à Abbe- 14 cas); le 8e bataillon de chasseurs, à Amiens (12 cas); le 54e de ligne, à Compiègne (11 cas); le 72e de ligne, à Amiens (9 cas); un grand nombre de ces cas, ajoute le rapport, s'observent chez des réservistes et chez des jeunes soldats arrivant au corps. Dans le VIe corps d'armée (il est vrai que c'est le corps d'armée le plus nombreux de beaucoup) on compte 315 cas. Les corps les plus affectés sont: le 10e cuirassiers, à Vouziers (27 cas); le 148e de ligne, à Verdun (27 cas), il y en avait eu seulement 5 cas l'année précédente; le 69e de ligne, à Nancy (26 cas); le 26e de ligne, dans la même ville (13 cas); le 25e bataillon de chasseurs, à Saint-Mihiel (16 cas)[1]; le 10e bataillon de chasseurs, à Saint-Dié

[1]) Il y avait eu 12 cas dans ce bataillon l'année précédente; il y a donc, comme pour le 148e de ligne à Verdun, progression d'une année sur l'autre, la contagion se faisant de proche en proche.

(14 cas); le 132$^e$ de ligne, à Reims (14 cas); le 9$^e$ bataillon de chasseurs à pied, à Rocroi (12 cas); le 22$^e$ dragons, à Sedan (11 cas). Enfin la pelade est observée aussi dans les garnisons du Midi, à Nîmes, à Toulon, à Montpellier, à Castelnaudary, etc.

La situation ne s'améliore pas en 1890; 37 réformes sont prononcées pour la pelade (il y en avait eu 28 en 1888); 6 de ces réformes ont été prononcées à l'arrivée au corps, il s'agissait donc de malades atteints depuis longtemps.

La garnison de Paris est toujours parmi les plus éprouvées; sur une seule compagnie du 84$^e$ de ligne détachée à Poissy (pays des environs de Paris près de Saint-Germain), 44 hommes sur 118 sont atteints de pelade en mai et en juin; le point de départ paraît être un homme chez qui l'affection avait récidivé.

Le II$^e$ corps, déjà très atteint en 1888 et 1889, relève 162 entrées à l'hôpital pour pelade. Le 51$^e$ de ligne de Beauvais compte 51 cas; le 54$^e$ à Compiègne, 35 cas; le 45$^e$ à Laon, 20 cas, etc. Dans le III$^e$ corps, comme les années précédentes, la maladie est signalée à Rouen et à Bernay. Le VI$^e$ corps relève 610 cas dans toute l'année; l'attention ayant été attirée sur la maladie en avril, une visite de santé générale en fit reconnaître 350 cas simultanément. A Brest, le 19$^e$ de ligne en compte 23 cas disséminés dans les différents casernements; à Montpellier, le 122$^e$ de ligne a 31 cas; l'hôpital de Libourne (Gironde) en reçoit, de mai à août, 43 cas, dont 26 en juin; les malades du mois de juin, provenant du 57$^e$ de ligne, se faisaient tous couper les cheveux et raser en ville.

Je relève en passant ce fait intéressant : à Blidah (Algérie) un cas concerne un homme qui désigné pour remplacer comme ordonnance un de ses camarades entré à l'hôpital pour pelade, fit usage de la casquette de son prédécesseur; 15 jours après il commençait à présenter de la pelade. La statistique de 1891 n'est pas encore établie complètement, mais nous devons à l'obligeance de M. le Dr. Longuet communication des curieux renseignements suivants concernant les six derniers mois de 1891 et les cinq premiers mois de 1892; en présence des ravages véritables que cause la pelade, des rapports mensuels ont été demandés aux divers corps d'armée, indiquant le nombre d'hommes traités chaque mois pour la pelade dans les hôpitaux et infirmeries du corps d'armée.

Voici les résultats de ces dix mois:

| Corps d'armée avec leurs quartiers généraux | Nombre de l'effectif | Nombre des malades | Proportion sur 1000 soldats |
|---|---|---|---|
| ernement militaire de Paris . | 41.500 | 440 | 10.60 |
| Corps Lille . . . . . . . | 22.600 | 23 | 1.00 |
| » Amien . . . . . . . | 17.000 | 56 | 3.29 |
| » Rouen . . . . . . . | 10.200 | 19 | 1.86 |
| » Le Mans . . . . . . | 13.100 | 39 | 2.97 |
| » Orléans . . . . . . | 16.700 | 88 | 5.26 |
| » Châlons-sur-Marne . . | 80.000 | 315 | 3.93 |
| » Bezançon . . . . . . | 28.000 | 47 | 1 68 |
| » Bourges . . . . . . | 19.500 | 44 | 2.25 |
| » Tours . . . . . . . | 20.400 | 27 | 1.32 |
| » Rennes . . . . . . | 17.400 | 53 | 3.00 |
| » Nantes . . . . . . | 16.600 | 45 | 2.70 |
| » Limoges . . . . . . | 16.500 | 82 | 4.96 |
| » Clermont-Ferrand . . . | 15.260 | 47 | 3.07 |
| » Lyon-Grenoble . . . . | 39.700 | 96 | 2.41 |
| » Marseille . . . . . . | 28.300 | 57 | 2.01 |
| » Montpellier . . . . . | 19.200 | 34 | 1.77 |
| » Toulouse . . . . . . | 16.800 | 63 | 3.75 |
| I » Bordeaux . . . . . . | 17.750 | 66 | 3.71 |
| » Algérie et Tunisie . . | 525.010 | 93 | 1.35 |
| | 68.500 | 1.734 | 3.30 |

Ainsi en l'espace de ces 10 mois (août 1891 à mai 1892), cas de pelades (et il faut estimer ce chiffre au-dessous de la car les renseignements n'ont pas été également bien fournis but par tous les corps d'armée) ont été reconnus sur un effectif n de 525.010 hommes, soit 3.30 pour 1000.

e compléterai la série de ces renseignements militaires par le re des entrées pour pelade dans l'hôpital militaire du Val-de- (depuis 1885 jusqu'en 1891). Voici ces chiffres très curieux : dois à l'obligeance de notre distingué confrère, M. Moty:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| née 1885 . . . 3 cas | | Année 1889 . . . 193 cas |
| » 1886 . . . 6 » | | » 1890 . . . 182 » |
| » 1887 . . . 14 » | | » 1891 . . . 302 » |
| » 1888 . . . 146 » | | |

La progression, est presque regulière; elle confirme notre impression générale, à savoir que la pelade va toujours augmentant en France depuis une dizaine d'années, surtout depuis cinq ans




que la ville de Paris est plus particulièrement éprouvée par maladie.

Les chiffres que nous venons de donner, comme on le vo sont fort élevés; la proportion pour les troupes du gouverneme militaire de Paris (garnisons de Paris, Vincennes et Versailles) devi véritablement stupéfiante.

Tous les corps d'armée, par conséquent toutes les régions de la France sont atteints; mais il le sont très inégalement. Faisons en passant cette remarque assez piquante que ceux qui sont le moins atteints sont justement ceux qui comptent dans leur territoire les régions où le favus est le plus abondant.

Ainsi le premier corps d'armée qui compte 1/1000 seulement de soldats peladiques est composé de deux départements, le Nord et le Pas-de-Calais, ce dernier arrivant le 2e, sur la liste de classement par favus. Le IXe qui vient ensuite (1.32 p. 1000), a comme centre l'Indre-et-Loire qui est le 21e. sur la liste de classement par favus; le XIXe corps (1.35 p. 1000) est composé par l'Algérie et la Tunisie où nous avons vu que le favus abonde; et le XVIe corps, qui a 1.77 p. 1000 de pelade, a dans sa région le département de l'Hérault, lequel est bon premier sur la liste du favus. Inversement pourrons-nous dire que la pelade abonde à Paris où le favus est rare également, et fréquente aussi dans la région toulousaine et dans le bordelais.

La coïncidence est au moins curieuse, nous la donnons pour ce qu'elle vaut : peut-être y trouvera-t-on comme explication que la pelade est fréquente là où il y a de grandes agglomérations urbaines et rare dans les campagnes, à l'inverse du favus, et cela tout simplement parce que le favus n'est pas soigné dans les campagnes et y persiste, tandis que la pelade, autrement contagieuse que le favus, se diffuse rapidement dans les villes.

Tous constatent un accroissement constant de la pelade depuis plusiers années. [1])

---

[1]) »Je me demande, nous écrit M. Brousse (de Montpellier), si le passage à différentes reprises des adultes dans les casernes (service actif, 28 jours, 13 jours) ne contribue pas dans une large mesure à la dissémination de la pelade, à laquelle nous assistons aujourd'hui, et cela malgré toutes les précautions prises par nos confrères de l'armée.«

»Ce que je puis dire, écrit M. Spillmann (de Nancy), c'est qu'il y a dix ans la pelade était pour ainsi dire inconnue dans notre pays. A l'heure actuelle il ne se passe pas de semaine que je ne sois consulté par un peladeux . . .« La tondeuse est incriminée par les médecins militaires, auxquels M. Spillmann a demandé des renseignements, et lui-même a pu contrôler le fait par une enquête faite aux environs de chez lui, où un coiffeur avait contaminé une dizaine de personnes à l'aide d'une tondeuse.

Cette aggravation de la maladie est aussi constatée dans la note que nous a envoyée M. Moreau (de Toulouse), et pour l'Algérie, depuis quelques années seulement par M. Gémy.

Il en est, croyons-nous, de même à Paris; mais il nous est impossible de fournir une statistique ayant quelque valeur d'après les hôpitaux civils.

En effet, les services des traitements externes de la teigne servent surtout au traitement par l'épilation, et comme la plupart des médecins traitent maintenant la pelade sans épilation, le chiffre des peladiques inscrits au traitement est tombé à rien depuis quelques années.

La pelade est d'ailleurs moins fréquente chez les enfants des écoles parisiennes que la tondante.

Quant au traitement des peladiques à Saint-Louis, chaque chef de service en soigne un certain nombre, soit hospitalisés dans ses salles (les cas les plus graves, les formes décalvantes), soit par un traitement externe auquel les malades viennent une ou deux fois par semaine.

Un fait notoire se dégage des documents que je viens de donner, c'est l'augmentation progressive de la pelade dans l'armée française et par contre dans la population civile et dans le pays tout entier.

Que la pelade ait été importée par des civils, cela est possible; mais le service de santé militaire doit porter tous ses soins à essayer d'enrayer ce mouvement. Tout le monde aujourd'hui plus ou moins passe par la caserne et il faut au moins que celles-ci ne deviennent pas un foyer de contagion. Tous les médecins militaires sont unanimes à accuser la tondeuse de cette aggravation; et, de fait, elle coïncide à peu près avec le perfectionnement et l'emploi devenu commun il y a quelques années de cet instrument. Il faut en condamner l'usage, tout au moins le surveiller de tres près et obtenir que la désinfection en soit soigneusement faite.

Il nous paraît difficile, en présence de tous les faits que nous venons de rappeler de cette extension rapide de la pelade, de la formation de ces épidémies daus certains régiments comme aussi dans le civil, dans certaines écoles, de ne pas croire à la contagion de la pelade commune et nous serions fort aises de savoir quels arguments les non contagionistes pourraient nous opposer.

## Discussion.

**Neumann**: Hier zu Lande ist der Favus bereits eine so seltene Krankheit geworden, dass man selbst als Kliniker kaum in die Lage kommt, seinen Schülern mehr als 3—4 Fälle im Jahre de-

striren zu können, und das Contingent liefern vorwiegend die
n aus Galizien. Will man heutzutage Favus in grösserer Menge
n, muss man bei der mohamedanischen Bevölkerung suchen
hier ist der Favus eine der verbreitetsten der parasitären Haut-
tionen. Die Sitte, mehrmals des Jahres die Kopfhaut zu rasiren,
nicht gereinigten Rasirmessern, und das fortwährende Tragen
Fez oder des Turban, dabei die Unreinlichkeit und das enge
.mmenwohnen, sind hier gewiss Ursache des Favus. Bei
ıer Studienreise fand ich in der That in wenigen Tagen
r Favuskranke als bei uns in Jahren. Der Favus war allerdings
en meisten Fällen auf Kopfhaut und Stirne beschränkt, allein
:lne Fälle von Favus universalis kamen gleichfalls zu meiner
›achtung. In wenigen Zügen will ich jedoch nur einen Fall
s 15 Jahre alten Mohamedaners erwähnen, welcher ausser Favus
ler Kopfhaut, an der übrigen Hautoberfläche folgende Erschei-
gen darbot: Die Haut des Stammes und der Extremitäten dunkel-
n, daselbst finden sich, zumal an der inneren Fläche der Ober-
nkel, an den Lenden, an dem Kniegelenke, zahlreiche hirsekorn-
se, im Centrum bläschenartig hervorragende, gleichwie schrott-
ige, mit grösseren Bläschen im Centrum, wobei der Inhalt
n getrübt ist, endlich halb hirsekorngrosse, theils einzelne,
s dicht gedrängt stehende bläulich rothgefärbte Efflorescenzen,
he sämmtlich das Aussehen haben der Acne cachecticorum der
ospermie.. Demnach Favus universalis.

---

Herr v. Hebra (Wien):

**läufige Mittheilungen über die Wirkung des Allylsulfocar-
bamid's (Thiosinamin's) bei subcutaner Einverleibung.**

Meine Herren!

Im November 1890 wurde ich von Herrn Dr. v. Froschauer
einen Stoff aufmerksam gemacht, von dem er behauptete, dass
subcutan einverleibt, Thiere gegen Infection mit bacillären Con-
en immunisire. Ratten seien gegen Milzbrand immun geworden,
ırend die Controlthiere durch Impfung mit derselben Menge
elben Cultur in der gewöhnlichen Zeit starben. Ich will gleich
mittheilen, dass dieses Factum sich nicht bewahrheitete. Es

muss bei dem ersten Versuch ein Fehler unterlaufen sein, der nicht mehr controllirt werden konnte, denn bei einem zweiten Versuch starben alle Thiere, sowohl die injicirten, wie die nicht injicirten.

Die angeführte Angabe war aber damals zu verlockend gewesen, um nicht mit chronischen Infectionskrankheiten behaftete Individuen mit diesem Mittel zu behandeln, um zu sehen, ob sich das Leiden nicht beheben oder doch bessern lasse. Ich brachte damals fünf Lupöse in einem Hôtel unter und begann im Vereine mit meinem Assistenten Herrn Dr. S. Kohn die Kranken zu injiciren. Leider stiess ich gerade auf etwas ungeduldige Individuen, die mir nicht lang genug standhielten, und als der Niedergang des Tuberculins eintrat, wollten sie auch von meinen Injectionen nichts mehr wissen und begehrten ihre Entlassung. Ich bin also leider nicht in der Lage Ihnen jene ältesten Fälle zu demonstriren, was ich umsomehr bedauere, als gerade bei ihnen einige interessante Facta zu verzeichnen wären. Die Fälle, welche ich Ihnen vorzuführen die Ehre haben werde, stammen aus einer viel späteren Periode und sind daher nicht so weit vorgeschritten in der Besserung.

Gleich bei den ersten Fällen zeigte sich ein Phänomen, das auch bis heute noch in der gleichen Weise beobachtet wird, nämlich das einer localen Reaction ohne Mitbetheiligung des Gesammtorganismus.

Meist zwei Stunden nach der Injection, manchmal auch etwas später, beginnt die erkrankte Partie röther zu werden und zu schwellen. Beide diese Symptome hängen von der Intensität und Ausbreitung der Krankheit und von der Menge der injicirten Materie ab; ihnen entsprechend ist die Reaction entweder gering oder beträchtlich. Die Schwellung vermag dabei so heftig zu werden und so rasch sich zu entwickeln, dass die Epidermis, ja auch der Papillarkörper platzen und oberflächliche Risse entstehen, aus denen aber keine specielle Absonderung erfolgt. Diese Reaction hält ziemlich ungeschwächt 4—6 Stunden an, nimmt dann stetig ab, aber auch noch nach 24 Stunden ist etwas davon wahrzunehmen und erst später pflegt das frühere Colorit zurückzukehren. Bläschenbildung oder Transsudation sero-purulenter Flüssigkeit ist dabei nie erfolgt. Allgemeine Symptome pflegen vollständig auszubleiben und speciell haben wir nie irgend welche fieberhafte Erscheinungen zu beobachten vermocht. Hie und da geschah es, dass zugleich mit der localen Reaction sich ein gewisses Unbehagen einstellte, das auch einige wenige Male mit Erbrechen galliger Flüssigkeit ver-

gesellschaftet war, ich glaube aber, dass diese Symptome dadurch hervorgerufen wurden, dass wir zu rasch höhere Dosen injicirten. Man wird sie also durch sehr langsames Ansteigen vermeiden können. Diese Erscheinungen kamen übrigens so selten vor und in den nächsten Tagen wurden die Injectionen wieder so anstandslos vertragen, dass eine zufällig eingetretene Verdauungsstörung durch Zusichnahme unzweckmässiger Speisen ebensogut als Ursache für die Ueblichkeit angesehen werden kann.

Subjectiv verspüren die Patienten an der Lupusstelle ein gesteigertes Hitzegefühl und Spannung in Folge der eingetretenen Schwellung, mit deren Schwinden auch wieder die normalen Sensationen zurückkehren.

Wie lange man auch mit den Injectionen fortsetzen mag, der Eintritt der Reaction bleibt constant, so dass man von einem Sichgewöhnen des Organismus an das Medicament eigentlich nicht sprechen kann, nur scheinen etwas höhere Dosen nöthig zu werden, damit die Reaction in derselben Intensität wie früher erfolge, worüber ich aber nicht vollkommenen Aufschluss zu geben vermag, weil wir eben zu unseren curativen Zwecken mit der Zeit höhere Dosen verabreichten, um rascher unsere Resultate zu erzielen. Es wäre also hier ein Versuch mit der Injection constanter niederer Dosen noch nöthig. Am nächsten Tage, wenn die Reaction wieder abgelaufen ist, erfolgt eine sehr beträchtliche Desquamation; alle lupösen Partien sind mit zahlreichen Schuppen bedeckt, während die angrenzende gesunde Haut rein und glatt bleibt, wie zuvor.

Was nun die Heilwirkung anlangt, so kann man einen Theil derselben sehr bald sehen. Schon nach wenigen Injectionen ändert sich das Bild des Lupus. War es ein stark prominenter Lupus tumidus, so sieht man ihn wesentlich einfallen, hervorragende Protuberanzen werden kleiner und das ganze krankhafte Gewebe verflacht sich zusehens. Bei einem ulcerösen Lupus reinigen sich die Geschwüre rasch, die aufgeworfenen Ränder flachen ab, und schon nach wenigen Wochen sieht man Verheilen der ulcerirten Partie eintreten, welches ehedem durch äusserliche Mittel lange Zeit vergebens angestrebt wurde. Am schwersten werden die flachen, gelben, eingestreuten Lupusknötchen beeinflusst, deren Vascularisation geringer ist, als bei den vorerwähnten Formen und Stadien; und da man bei zunehmender Besserung die tuberöse und ulceröse Form in die des, sagen wir, ledernen Lupus bringt, so ist es begreiflich, dass später die Heilresultate geringer werden, als sie an-

fänglich gewesen sind. Ich bin also noch nicht in der Lage, angeben zu können, ob es gelingen wird, auf diese Weise Lupus vollkommen zu heilen; vielleicht ist die Zeit, die bisher abgelaufen ist, noch zu kurz, vielleicht gelingt es auch gar nicht. Die eingetretene Besserung kann ich aber an mitgebrachten Kranken demonstriren.

Weit höher stehen aber die gewonnenen Resultate betreffs des Narbengewebes, das sich sowohl nach spontaner Ulceration des Lupus, als auch nach durch Aetzungen hervorgerufenen Substanzverlusten einstellt. Allüberall, wo solches Narbengewebe die unterliegenden Texturen straff überspannt, wo es durch Zug oder Druck Entstellungen, Behinderung der Bewegung oder Ernährungsstörungen hervorruft, sind wir in der Lage, eine complete Erweichung des Narbengewebes zu erzielen. Wir haben das am auffallendsten an den Ektropien beobachtet, von denen die Patienten mit Lupus der Augenlider und Wangen so oft befallen werden, und deren entstelltes Aeusseres dadurch nur noch abschreckender wird. Schon nach wenigen Monaten schwinden diese Ektropien ganz.

Ich werde die Ehre haben, Ihnen meine Herren, einen Fall zu zeigen, bei dem das linke Augenlid vollständig invertirt war, und wo der Lidrand über den Processus zygomaticus zog. Der Lidknorpel war durch Druck und Zug so rareficirt, dass er kaum mehr hervorragte. Die Patientin konnte einen completen Lidverschluss begreiflicher Weise nicht erzielen. Die linke Hälfte der Oberlippe war so stark nach aufwärts gezogen, dass die Schleimhaut sichtbar wurde, und die ganze linke Wange war von einer pergamentartigen Narbenhaut bedeckt, die sich von der Unterlage nicht lostrennen liess. Heute nach 25 Injectionen ist das Ectropium auf ein Viertel der damaligen Intensität zurückgegangen, der Lidverschluss erfolgt bereits, die Oberlippe ist zur Norm zurückgebracht, und die früher straffe Narbe über dem Jochbogen ist weich und aufhebbar.

Nicht minder auffallend wird Ihnen die Nachgiebigkeit von Narben am Halse der Lupuspatienten sein, welche ehedem den Kopf kaum drehen, geschweige denn heben konnten, deren Beweglichkeit fast zur Norm zurückgekehrt ist.

Bei einem Mädchen mit Lupus der Finger waren einige derselben so verkrümmt, dass die Nägel in die palma manus einwuchsen und von einer Streckung keine Rede sein konnte. Dieses Mädchen arbeitet heute an einer Maschine, und hat sich in dem

nblicke der Behandlung entzogen, da sie wieder in den Gebrauch Hände gekommen war.

Ebenso bemerkenswerth ist die Behebung der Verkürzung an ı Patienten, den ich Ihnen zeigen kann. Er hatte einen Lupus :r rechten unteren Extremität und dabei war sein Kniegelenk ›ntrahirt, dass es im Zustande der höchsten Streckung so ich einen rechten Winkel bildete, wie ich an einer Moulage, n Status der grösstmöglichen Streckung von Dr. Henning abmmen wurde, nachweisen kann. Heute ist die Extremität fast streckbar und wird sicherlich in kurzer Zeit zur Norm zurückhrt sein, wobei ich speciell noch glaube erwähnen zu sollen, keinerlei andere Hilfsmittel gleichzeitig in Verwendung gelangt :n. Die Herren Primare Neusser und Mraćek haben sich bereit irt, die Richtigkeit dieser Thatsachen und meiner Angaben önlich zu bekräftigen.

Ein dritte Reihe von günstigen Einwirkungen unserer Behandsmethode lässt sich von chronischen Drüsentumoren ernen. Die Reaction geschwellter Drüsenpakete erfolgt ausnehmend h. Manchmal kann man schon nach einer einzigen Injection merkliche Verkleinerung von Drüsen beobachten und fühlen, ein grösseres Paket in zahlreiche isolirte Drüsentumoren zer. Am promptesten erfolgt das stets bei Tuberculösen und ›phulösen, aber auch bei einem sonst gesund aussehenden Indium haben wir ein Schwinden geschwellter Halsdrüsen beobet. Ob auch Drüsenschwellungen, die als Metastasen von malignen plasmen aufzufassen sind, weichen, darüber kann ich Ihnen noch t Auskunft geben. Syphilitische Adenitiden scheinen dagegen der günstigen Wirkung ausgeschlossen zu sein, wenigstens blieb n einem sehr eclatanten Falle von Drüsenschwellung am Unter:rwinkel aus, und war es eben dieser Widerstand, der uns zu ıuerer Investigation veranlasste, worauf wir ein chronisch ulces Syphilid des Nasenrachenraumes fanden. Sollte sich diese tsache bewahrheiten, so wäre damit vielleicht ein differentialnostisches Mittel zwischen Drüsentumoren in Folge von Syphilis rseits und Tuberculose und Scrophulose andererseits in die ıd gegeben.

Als vierter Punkt ist die gesteigerte Diurese zu erwähnen. Tage der Injection pflegt sich im Beginne die Menge des auschiedenen Harnes um 200 bis 500 $cm^3$ zu vermehren, wobei ich ›nders erwähnen zu sollen glaube, dass in keinem Falle sich endwelche unangenehme oder gar krankhafte Erschei-

nungen von Seite der Nieren einstellten, und dort, wo wir Harnanalysen vornehmen liessen, sich der Harn frei von Albumin und pathologischen Gebilden erwies. Bei fortgesetztem Gebrauche unserer Präparate nimmt diese Urinvermehrung wieder ab, offenbar dann, wenn die pathologischer Weise angestauten Säfte bereits entfernt worden sind. Es ist nämlich eine ganz auffallende resorbirende Wirkung nicht zu verkennen und scheint aus mannigfachen Erscheinungen besonders das Lymphgefässsystem dabei eine hervorragende Rolle zu spielen.

Dieser resorbirende Einfluss mag aber auch manche Nachtheile bieten, welche besonders bei Lungenaffectionen zu berücksichtigen sind. Ich habe nämlich beobachtet, dass manche Tuberculöse, welche schon längere Zeit nicht mehr fieberten, nach einigen Injectionen wieder zu fiebern begannen. Freilich waren die mir zur Verfügung gestandenen Fälle noch sehr gering an Anzahl und alle von so hochgradiger Intensität gewesen, dass die Möglichkeit einer zufälligen Coïncidenz nicht von der Hand gewiesen werden darf. Bedenken wir aber, dass wohl jeder Kranke, der mehrere Jahre an Lungentuberculose gelitten hat, sicher auch von einer, wenn auch nur sehr partiellen Pneumonie oder Pleuritis befallen gewesen sein dürfte, dass vielleicht irgendwo abgekapselte eingedickte Eiterherde vorhanden sind, deren Resorption durch die Injectionen angeregt wird, so ist ein Wiedereintritt von fieberhaften Temperatursteigerungen wohl leicht möglich. Genaues bin ich wegen der geringen Anzahl der bisher gemachten Beobachtungen zu berichten noch nicht in der Lage.

In einem Falle trat das Phänomen ein, dass sehr heftige Nachtschweisse, welche den Patienten veranlassten, vier- bis fünfmal in einer Nacht das Hemd zu wechseln, wesentlich nachliessen. Ein Phänomen, welches auf mehrmalige Controlversuche stets mit der Vornahme der Injection zusammenfiel.

Von hoher Wichtigkeit endlich ist die Euphorie, die mit fortgesetzter Injectionstherapie die Kranken befällt. Besonders auffallend ist eine beträchtliche Steigerung des Appetites, der sich bei allen Individuen mit einer colossalen Regelmässigkeit eingestellt hat. Alle Kranken, die wir zu wägen in der Lage waren, haben an Gewicht zugenommen und einen Fettansatz bekommen, der ihnen ehedem gefehlt hat.

Diese Thatsache allein liefert schon eine Gewähr für die vollkommene Gefahrlosigkeit unseres Verfahrens, und bedenkt man, dass in allen Fällen die subcutanen Injectionen gut vertragen

len, nicht ein einziger Abscess, ja nicht einmal Schwel-
; und Röthung sich an der Injectionssstelle gezeigt
n, so ergibt sich wohl die Unbedenklichkeit des Verfahrens
nach dieser Seite hin. Freilich bedarf es einiger Genauigkeit
Vorsicht bei der Vornahme der Einspritzung, doch an diese
wir ja jetzt mehr und mehr gewöhnt.

Obwohl nicht in eine Versammlung von Dermatologen ge-
g, kann ich doch noch eine Wirkung nicht verschweigen, näm-
die auf Cornealtrübungen. Wir kamen zu dieser Kenntnis
: zufällig. Einer unserer Lupuspatienten hatte nach einem alten
ius eine so beträchtliche Trübung der Cornea des rechten
es, dass er auf der Strasse achtgeben musste, um nicht an die
te anzurennen. Bei fortgesetzter Behandlung hellte sich der
rale Theil der Trübung so auf, dass heute nichts mehr davon
iehen ist; der Patient ist auch in der Lage, die Ziffern und
er der ziemlich hoch angebrachten Uhr auf unserem Rathhause
iehen. Am Rande der Cornea besteht aber die Trübung noch
und de facto ist es uns auch späterhin nur gelungen, leichtere
bungen zu beheben, viele von ihnen vollkommen, viele wenig-
s zum grössten Theile, wovon die Krankengeschichten des
olfsspitales Zeugniss abgeben.

Ich fühle mich verpflichtet, aber schon heute zu allergrösster
sicht in diesen Fällen zu mahnen, da man leicht Schädigungen
n florider Processe herbeizuführen vermag. Jedwede entzündliche
tung der Cornea und Conjunctiva steigert sich nämlich wesent-
schon durch die erste Injection und bedarf wieder specieller
andlung, um rückgängig gemacht zu werden. Man soll also
abgelaufene Fälle, oder doch nur solche in der angeführten
ise behandeln, bei denen eine Gefahr des Wiederauflebens der
kürzlich beseitigten Entzündung ausgeschlossen scheint.

Weiters will ich noch in Kürze berichten über einige phar-
codynamische Thierversuche. Ich injicirte einen 10 Kilo
weren Hund täglich einen Monat lang mit einer Dosis, welche
bereits für einen erwachsenen Menschen sehr wirksam gefunden
en, und über welche wir nur sehr selten hinauszugehen für
hig befunden hatten. Das Thier befand sich vollkommen wohl
ei, seine Fresslust steigerte sich aber schon in den ersten Tagen
art, dass der Hund in einem Monate um 4 Kilo zunahm.

Weiters machte ich im Laboratorium des Herrn Prof. v. Basch
rsuche an curarisirten Thieren, um die Einwirkung des Medica-
ntes auf das Herz zu studiren. Die Dosen waren dabei ganz

übermässig hohe, das 10—20fache die Dosen übertreffend, die wir bei Menschen anwandten, wenn wir die respectiven Gewichte berücksichtigen, immer aber auch weit höhere, als wir sie jemals in Gebrauch zogen. Wie Sie, meine Herren, aus den vorliegenden Curven ersehen, ist der Blutdruck nur um eine Kleinigkeit gesunken, entsprechend der Menge Alkohol oder Aether, in der das Medicament gelöst war, und die daher auch injicirt wurde. Auch von dieser Seite ist also keine Gefahr vorhanden.

Die Stoffe, um die es sich hier handelt, gehören zur Gruppe des Allylsulfocarbimides, oder ätherischen Senföls. Das Präparat, welches wir vorwiegend in Anwendung gezogen haben, war das Allylsulfocarbamid oder Thiosinamin.

Es wird gewonnen, indem man 2 Theile Allylsenföl mit 1 Theil absolutem Alkohol und 7 Theilen Salmiakgeist von 0·960 spec. Gew. bei 40° erwärmt und nach einigen Stunden im Wasserbade concentrirt. Dabei verschwindet sowohl der Senföl- wie der Ammoniakgeruch, und scheidet die Lösung beim Erkalten Krystalle von Thiosinamin oder Allylthioharnstoff aus.

Betrachten Sie nämlich die Formel des Harnstoffes

$$CO<^{NH_2}_{NH_2}$$

und die des Thiosinamins

$$CS<^{NH \, . \, C_3 H_5}_{NH_2}$$

so werden Sie erkennen, dass im Carboxyl der O durch S ersetzt wurde, und dass an Stelle eines H in der Amingruppe das Allylradical $C_3 H_5$ eingetreten ist.

Wie bei allen Senfölpräparaten ist der Zusatz von Wasser zu vermeiden, wir konnten daher nur alkoholische oder ätherische Thiosinaminlösungen verwenden. Sie haben zwar den Nachtheil, dass sie unmittelbar bei der Application Brennen erzeugen, das ist aber von sehr kurzer Dauer, indem es stets unter 1 Minute währt, und war nie so heftig, dass es ein Hinderniss in der Fortsetzung der Injectionen abgegeben hätte.

Vielleicht werden aus der Gruppe der Senföle noch andere Präparate in Verwendung gezogen werden können, welche ähnliche Resultate liefern, und möglicherweise wird uns dann durch die Unterstützung der Chemiker ein neues Feld für unsere Thätigkeit eröffnet. Wir selbst benützten auch noch ein Phenilallylsulfocarbamid, das aber schon den Nachtheil hat, dass es nur in 5%iger Concentration in Aether löslich ist, daher nicht in so grosser Menge

angewandt werden kann, wie das Thiosinamin, das sich schon in Alkohol mit 20% löst.

Wie schon meine Eingangsworte zeigen, habe ich noch gar nicht die Absicht gehabt, eine erschöpfende Darstellung der Heilungs- und Wirkungsweise der Thiosinaminlösungen zu liefern; ich weiss selbst am besten, welche Lücken meine Versuche noch aufweisen. So fehlt noch die histologische Untersuchung der Gewebstheile während der Reaction und nach längerer Behandlung, es fehlt die Kenntniss der Einwirkung auf bacilläre Elemente, es sind noch viele biochemische Fragen zu lösen. Ich hoffe, ich werde noch Manches selbst zur Klärung beitragen können, und wenn ich mich entschlossen habe, mit diesem Torso vor Sie hinzutreten, so geschah es in der Anhoffung, dadurch vielleicht geeignetere Bedingungen für die Fortsetzung meiner nun schon zweijährigen Arbeit zu erzielen. Als Resumé derselben lässt sich Folgendes constatiren:

Ich liefere Ihnen im Thiosinamin ein krystallinisches, chemisch bekanntes Product von constanter Zusammensetzung, das bei geeigneter subcutaner Application locale Reaction ohne Mitbetheiligung des Gesammtorganismus hervorruft;

das auf das Lupusgewebe in günstiger Weise einwirkt;

welches Narbengewebe so sehr erweicht und flexibel macht, dass die verschiedensten, vorhanden gewesenen Störungen beseitigt werden;

dem eine intensive Wirkung auf Verkleinerung von Drüsentumoren innewohnt;

welches auf Cornealtrübungen aufhellend wirkt

und welches die Resorption in die Gewebe gesetzter Exsudate begünstigt.

Ich kann aber diese Zeilen nicht schliessen, ohne meinem langjährigen Assistenten, Herrn Dr. S. Kohn, meinen wärmsten Dank für seine Mitwirknng auszusprechen. Trotz seiner amtsärztlichen Thätigkeit als Armenarzt, trotz seiner eigenen ausgebreiteten Praxis neben seiner Wirksamkeit an der allgemeinen Poliklinik, an der er nun schon seit 15 Jahren sein humanes Werk unentgeltlich fortsetzt und zum Heile der armen leidenden Menschheit segensreich wirkt, hat er immer noch Zeit gefunden, mich in meiner mit Mühseligkeiten aller Art verbundenen Arbeit zu unterstützen, und in den Fällen meiner Abwesenheit Versuche und Untersuchungen fortgesetzt, die nicht unterbrochen werden durften.

## Herr de Amicis (Neapel):

### Di un caso comprovante l'esistenza del tricoma vero di Alibert.

Signori!

Ognun conosce che la denominazione di tricoma o plica si è adoperata in dermatologia per indicare uno speciale stato morboso caratterizzato dall' intrecciamento o infeltramento dei capelli e dei peli; e siccome quest' affezione è stata osservata più specialmente in Polonia, così essa fu designata volgarmente sotto il nome di Plica Polonica.

Tacendo degli scrittori che se ne sono occupati sino ad Alibert,[1]) è noto che questo autore ne faceva un genere particolare nelle sue Dermatosi tignose; e del Tricoma distingueva due specie: il vero tricoma (tricoma genuinum) ed il falso tricoma (tricoma spurium), considerava il primo come un' affezione sui generis, il secondo lo riputava come il risultato non di una condizione morbosa, ma piuttosto un accidente del sudiciume e della trascuratezza nell' uso del pettine.

Günsburg nel 1845 descrisse un parassita speciale analogo al tricophiton, e lo considerò come cagione della malattia, alla cui opinione si associò pure il Wilson. — In seguito le posteriori osservazioni, anzichè confermare la esistenza di questa malattia, venne[illegible] a negarle ogni fondamento di realtà; e Beschorner (1843), Ham-burger (1861), Dietl (1863) e poi l' Hebra ed il Kaposi con loro publicazioni e la loro autorità fecero entrare nella convinzi[illegible] universale, che il tricoma non poteva partecipare all' onore costituire un genere nosologico legittimo, non essendo una v[illegible] malattia, ma piuttosto uno stato del sistema peloso mantenuto d[illegible] negligenza o dalla poca nettezza, determinata dalla miseria o d[illegible] esistenza di alcune affezioni mal curate del cuoio capelluto, c[illegible] l' acne sebaceo, l' eczema, la tricofizia e sovrattutto la ftiriasi.

---

[1]) Ercole Sassonia, Schultz, Sennerto, Hoffmann, Thuanus, Spondano, Cromero, Hirschel, Stabel, Bonfigli, Fischer, Davison, Bachstrom, Luttcke, Vater, Cressio Lembke, Meyr, Sander, Vicat, Brera, G. Frank, Wolff. La Fontaine, Traité de la plique Polonaise, Paris 1808. — Schlegel, Ueber die Ursache des Weichselzopfes, Jena 1806. — Burker Ehle, Die Lehre von den Haaren, Wien 1831. — Sedillot, Nouvelles considerations sur la Plique, Paris 1852. — Brière de Boistmont, Arch. de Méd. — Mayer, Trattato di Malattie cutanee etc. etc.

Quindi spariva del tutto il vero tricoma di Alibert e rimaneva solamente il falso tricoma, anch' esso distrutto alla sua volta dal progresso della civiltà e dall' uso del pettine.

Tutti i dermatologi posteriori si sono uniformati alle stesse vedute, ed in nessun trattato odierno di Dermatologia il tricoma viene ora elevato al grado di una malattia, ma considerato come un prodotto secondario esclusivamente meccanico artificiale.

Ero anch' io in questa convinzione, allorquando mi si è presentato un caso che mi ha obbligato a modificare le mie idee, ed a ritenere giuste ed esatte le distinzioni dell' Alibert, che cioè il tricoma vero non meriti, come malattia, l' ostracismo dal campo della medicina naturale.

Se io mal mi appongo, giudicherete voi, illustri colleghi, nel prendere cognizione della seguente storia Clinica.

Storia Clinica. — Bevilacqua Francesca di anni 19, da Napoli, è una giovine nubile, il cui padre, affetto da sordità e di carattere eccitabilissimo, morì per cangrena di un arto, la madre è vivente ed è sana. Ha tre fratelli, di cui uno mostra un temperamento bizzarro e stravagante. Una zia dal lato materno è stata affetta da cleptomania e finì di vivere quasi del tutto priva delle facoltà mentali. La Bevilacqua è stata sempre bene sino a tre anni or sono, allorchè fu affetta da grave malattia, la quale cominciò con febbre molto alta, ed ebbe la durata di quattro settimane, lasciandola molto spossata (tifo). In seguito a tale infermità si avverò nei mesi consecutivi la caduta dei capelli (defluvium capillorum), e l' inferma da quel tempo ha cominciato a soffrire di cefalalgia, che si escacerba nelle ore p. m., e talora assume la forma gravativa, tal' altra quella pulsatile, avvertendo come dei colpi nella regione parietale sinistra.

Dopo aver sofferta questa malattia, la madre fa notare che l' inferma ha mutato alquanto i suoi gusti, non può più bevere il vino, aborre la carne e non desidera che mangiare verdure perloppiù condite ad insalata. — Anche nel suo carattere morale si nota qualche modificazione, si mostra eccitabilissima, tanto che va in escandescenze alle minime contrarietà, di sovente è sonniloqua.

A 16 anni ebbe un accenno di mestruazione, caratterizzato da qualche macchia sanguigna che sparì ben tosto, nè mai più si è riaffacciata.

La presente affezione del cuoio capelluto cominciò dopo la caduta dei capelli prodotta dal tifo, i pochi che le rimasero furono tagliati a punta di forbice, e nel ricrescere cominciarono a presentare un particolare attortigliamento, in modo da produrre un singolare infeltramento, per cui non si potevano affatto districare col pettine, e per tale condizione venne nel finire dello scorso anno a richiedere i miei consigli. Io credetti opportuno far radere i capelli col rasoio per osservare il

modo di produzione di questo fenomeno, e si è potuto osservare che ciascun capello appena uscito di alcuni millimetri dalla cute invece di rimanere diritto cominciava ad arriciarsi e ad avviticchiarsi all' altro vicino; la rasura è stata ripetuta per ben tre volte e sempre con lo stesso risultato. A dì 2 Marzo 1892 si è presentata di nuovo alla nostra osservazione ed ecco le condizioni che ci ha mostrate.

Stato attuale. — È una giovane apparentemente di robusta costituzione, bene sviluppata con pannicolo adiposo piuttosto abbondante, la cute mostra un colorito leggermente brunastro ed i suoi peli presentano in generale un colore nero di ebano.

Nulla di rilevabile si osserva nella superficie cutanea, tranne nell' estremità cefalica in cui i capelli hanno assunta una particolare apparenza. Nella regione frontale, occipitale, regioni parietali e parte superiore delle regioni temporali sino ad una linea che circondi il capo a livello di un dito trasverso al di sopra dell' impianto del padiglione delle orecchie, si notano i capelli intricati tra loro da costituire un feltro molto fitto ed inestricabile, e questo infeltramento incomincia fin dall' uscita dei capelli dalla superficie cutanea, continua e più si accentua col venire in su, impossibile riuscendo ogni discriminatura. Il loro colorito non è cambiato, solo si mostrano più ruvidi e meno lucenti, ed in mezzo ad essi si raccoglie alquanto pulviscolo atmosferico biancastro senz' altra materia estranea, nè alcun parassita animale.

I capelli che occupano la parte inferiore della linea sovrasegnata sono lisci lucenti, di un bel colore di ebano e non presentano alcuno infeltramento.

La cute del cuoio capelluto non mostra alcuna alterazione di colorito nè veruna essudazione o desquamazione di sorta, solo potrebbe dirsi alquanto più sottile e più facilmente spostabile dalla superficie ossea sottostante. I peli resistono molto alla trazione e questa non produce all' inferma alcuna molestia.

L' inferma assicura che nella cute del capo a volta a volta risente intenso prurito, il quale in certi casi arriva a tal grado d' intensità che ella, per trovare sollievo, è obbligata a strofinare la testa sui guanciali in un modo furioso.

L' accrescimento dei capelli è come all' ordinario, nè ha acquistato sensibile incremento. Nel momento della nostra osservazione i capelli sulla parte affetta formavano una calotta di un paio di dita di spessezza. Nelle regioni pubiche e nelle regioni ascellari i peli non presentano alcuna modificazione.

È da notare che tutta la superficie del cuoio capelluto, nella quale i capelli assumono questo anormale sviluppo, si presenta anestetica, e l' inferma non risente affatto la puntura di uno spillo, che è ben avvertita a misura che si passa alla parte sana del cuoio capelluto. La sensibilità tattile è perfettamente conservata.

L' anestesia però non si limita esclusivamente all' estremità cefalica, ma si riscontra a chiazze di varia dimensione anche sul resto della superficie cutanea in punti per loppiù assimmetrici da un lato e dall' altro.

Praticato un' esame particolare della sensibilità dolorifica nelle diverse regioni della superficie cutanea si è avuto il seguente risultato:

### Estremità cefalica.

Oltre i punti affetti già menzionati nel cuoio capelluto, esplorando il volto sui lati delle regioni frontali e temporali si notano due aree simmetriche insensibili che arrivano sino al padiglione delle orecchie.

Nel mento la insensibilità comincia ad un centimetro dal prolabio e prosegue dall' un lato e dall' altro per un' area che ha i confini segnati da una linea che prosegue in fuori sin quasi ad un centimetro dalla commessura labbiale, sale in alto sul pomello, va in fuori a due centimetri della commessura palpebrale, scende poi in basso ad un centimetro dall' angolo mascellare per ricongiungersi al punto di partenza con una linea orizzontale parallella all' orlo libero della mandibola inferiore.

### Collo.

Sulla regione anteriore sonvi due chiazze insensibili l' una a sinistra a pochi millimetri dalla linea mediana larga tre dita trasverse, lunga circa quattro dita; l' altra a destra larga due dita trasverse, lunga come la prima.

Posteriormente l' insensibilità dolorifica s' inizia a due dita trasverse al disotto del limite naturale dell' impianto dei capelli.

### Tronco.

Insensibili le regioni sopra- e sotto-clavicolari e le regioni mammarie. Sensibile la cute che ricovre il corpo dello sterno ed il solco intermammario nella metà superiore.

Sulle parti laterali con discreta simmetria esistono due zone in cui la sensibilità è conservata, esse sono limitate in alto da una linea trasversa che passi per i capezzoli, in basso da una linea trasversale che passi a pochi centimetri dalla cresta iliaca; in avanti è delimitata dalla linea ascellare anteriore ed in dietro dall' angolare della scapola.

La parete addominale, compresa la regione soprapubica, è insensibile, i peli però sono normali.

Sul dorso la sensibilità è quasi abolita interamente, tranne in due zone di cui una a sinistra della 3ª vertebra dorsale al margine interno della scapola sinistra, larga due centimetri, lunga cinque; l' altra nella linea mediana allo stesso livello grande quanto un pezzo di 5 lire d'argento. La sensibilità termica è uniforme alla dolorifica.

### Arto superiore destro.

Anestesia quasi completa di tutta la regione estensoria dal sommo della spalla sino alla punta delle dita. Se non che sono sensibili la parte dorsale del mignolo, l' ultima falange dell' anulare, le due ultime del medio, l' ultima dell' indice e la zona periungueale del pollice.

Il lato flessorio del braccio ed antibraccio è sensibile, e nella mano sono sensibili solo le regioni tenari ed ipotenari, il mignolo, le ultime falangi delle altre tre dita e la prima falange del pollice, nel resto manca la sensibilità.

### Arto superiore sinistro.

Anestesia quasi completa delle regioni estensorie del braccio ed antibraccio. Sensibile mostrasi il dorso del mignolo, le ultime falangi delle altre tre dita e la prima falange del pollice.

Sensibilità conservata dal lato flessorio. Nella palma della mano si notano sensibili le regioni tenare ed ipotenare come pure il pollice meno l' ultima falange dell' indice, le due ultime delle altre due dita e tutto il migliolo.

La sensibilità termica nelle regioni flessorie degli arti superiori è più squisita di quella delle regioni estensorie.

### Arti inferiori.

Nelle natiche la sensibilità è abolita nella metà superiore, conservata nella metà inferiore.

### Arto inferiore destro.

Per la maggior parte insensibile salvo pochi tratti, così nella faccia interna della coscia esiste un' area sensibile.

Nella gamba destra si nota una zona sensibile a parte interna larga tre dita trasverse, che dal ginocchio scende in basso alla distanza di due dita trasverse dalla cresta della tibia tra il malleolo ed il tendine di Achille, continuando sull' orlo interno del calcagno ed attraversando la pianta del piede con una zona larga un dito trasverso sino al margine peronieno. Le facce plantari delle ultime quattro dita sono sensibili.

Insensibile è la faccia dorsale del piede tranne una piccola zona sul 4° dito.

L' arto inferiore destro si comporta come il sinistro.

### Mucose.

Insensibile la mucosa della guancia sinistra e la lingua. Poco sensibile la mucosa della guancia destra.

Le Unghie sono nello stato normale. All' inferma si fa praticare il taglio dei capelli su tutta la parte affetta, ottenendosi questo ammasso di capelli che io presento all' osservazione dei colleghi del Congresso, i quali potranno assicurarsi dello stato d' infeltramento di essi e paragonarli a quei capelli sani, lunghi e lisci che si trovavano nella parte inferiore del cuoio capelluto dell' inferma, osserveranno che nessuna secrezione li mantiene ligati, nè vi sono sostanze estranee, salvo leggiero pulviscolo biancastro, e non vi è traccia di cattivo odore ecc.

L' esame microscopico dei peli, tolti con la pinzetta dal cuoio capelluto, fa notare il bulbo leggermente assottigliato, esso vien fuora

sprovvisto delle guaine della radice; il fusto è molto pigmentato, e non sempre si può scorgere il cordone midollare, ed in quei peli che lo dimostrano si vede molto pigmentato; nessuna traccia di parassita. Solo è a notare che molti peli presentano chiaramente in varii punti la tricoressi nodosa, ed alcuni si mostrano all' estremità bifidi, cioè divisi in due tronchi di egual grandezza del fusto principale, ma meno pigmentati. In generale però, salvo la tricoressi nodosa, il pelo nel suo aspetto non potrebbe distinguersi da quello di un negro.

Per cura furono prescritte lavande con sapone borico ed applicazione di pomata all' ittiolo e bagni idroterapici. Internamente Liquore arsenicale.

Dopo un mese di questo trattamento fummo poco soddisfatti del risultato, epperò a dì 23 Luglio decisi sperimentare la elettricità con la corrente continua costante; epperò raccommandai l' inferma all' amico e Collega Prof. Vizioli.

Dal giorno su indicato sino ai 3 Agosto, è stata applicata la corrente continua costante. (12 applicazioni).

Dai 3 Agosto alli 8 Agosto riposo. Nei giorni 8 e 9 pioggia di scintille elettriche con l' apparecchio di Franklin.

Dal 10 ai 13 si replica la corrente continua costante.

La pioggia di scintille riesce all' inferma alquanto dolorosa, ed ha nelle ore pom. accusato un mal di capo più intenso.

Ecco intanto le modificazioni che si osservano dopo questo trattamento. I capelli, che furono tagliati molto rasi nello scopo dell' applicazione della corrente elettrica, ora si veggono ricrescere nelle regioni parietali e nel sincipite diritti, e sino alla lunghezza di circa due centimetri non presentano alcuno assortigliamento, mentre nel mezzo si vede una striscia in cui continuano ad essere arruffati e già intricati, da formare piccoli ciuffetti, i quali fanno singolare contrasto con la superficie circostante, che tende a riprendere lo stato normale.

## Considerazioni.

L' osservazione che ho avuto l' onore di riferirvi parmi che stabilisca in modo indubitato la esistenza di un tricoma vero nel senso di Alibert.

Abbiamo infatti una giovanetta, la quale certamente non può essere accusata di poca cura della sua capigliatura, che, dopo una malattia infettiva, perde i suoi capelli, i quali nel rinascere vengono su modificati perfettamente dal loro tipo primitivo, si attorcigliano, s' intricano fin dal nascere e formano un feltro perfetto, facendo strano contrasto con altra regione del cuoio capelluto in cui si mantengono le normali condizioni. L' inferma richiede di essere liberata da questo stato morboso, e benchè ripetutamente usata la forbice ed il rasoio, i capelli continuano a riprodursi nella stessa guisa, senza che d' altro canto la cute presenti alcuna delle tante

condizioni che stanno come fondamento di un intricamento secondario per puro fatto meccanico, e che costituiscono i numerosi esempii di quel falso tricoma, contro cui giustamente hanno elevata la voce tanti illustri dermatologi.

Quali sono intanto le condizioni patogenetiche che stanno a fondamento di quest' alterazione nel caso presente?

Io son dolente non poter presentare alcun preparato istologico che faccia vedere le modificazioni nutritive subite dal tessuto cutaneo, perchè non mi è stato concesso di fare la minima escissione. Vista però l' assoluta mancanza di ogni fatto vasomotorio nella parte affetta, si può agevolmente giudicare essere dovuta questa condizione morbosa ad un disturbo puramente trofico della cute, determinato da condizione nevropatica, cagionata questa dalla malattia infettiva sofferta, ed in seguito a cui l' inferma andò pure incontro agli svariati disturbi di sensibilità che abbiamo menzionati. La tricoressi nodosa potrebbe essere anche in rapporto con questo difettoso indirizzo nutritivo, non potendo ad essa certamente attribuire la cagione dello infeltramento dei capelli.

Non possiamo ritenere l' anestesia dolorifica come un coefficiente necessario del tricoma, quantunque andasse in questo caso di pari passo con la modificazione nutritiva che i peli mostravano, perchè in altre regioni, p. e. sul pube, con la stessa anestesia non si è presentato lo identico aspetto nei peli.

Il risultato molto incoraggiante ottenuto finora col trattamento elettroterapico intrapreso, sta a conferma del concetto patogenetico anunziato.

In conclusione dal caso osservato ci crediamo in diritto di ritenere:

1º. Essere confermata la esistenza di un tricoma speciale nel cuoio capelluto.

2º. Doversi dichiarare esatta la distinzione fatta da Alibert di un doppio tricoma, cioè tricoma vero e tricoma falso, e che il primo rappresenti un' affezione sui generis, mentre il secondo non è che un puro fatto meccanico ed accidentale, epperò non meriti il nome di malattia.

3º. Che a fondamento del tricoma vero possa stare un disturbo trofico della cute di origine neuropatica, e non una speciale discrasia o un parassita.

Herr Hutchinson (London):

I.

**Xanthoma diabeticorum.**

Mr. Hutchinson showed a portrait of a very extensive example of the form of Xanthoma which occurs in the subjects of Diabetes. The patient a man of 45, was covered over the face, chest abdomen groins &c. by yellow tumours mostly about the size of peas, not often by confluence being much larger. They appeared to be developed around the orifices of hair follicles. They showed no tendency to inflame. Although in all respects the conditions resembled those seen in diabetic patients and although the fact of recovery and the disappearance of the little tubers was also exactly parallel with what happens in the diabetic cases, yet in this instance no sugar could be found in the urine. The patient a laboring man had suffered much from sick headache but he had never been jaundiced and had no definite liver disease. The crop of so xanthomatous tumours had been developed with some rapidity and after lasting nearly a year it began to pass away, and in the course of another year had almost wholly disappeared. The treatment had been by the administration of mercury and large doses of taraxacum.

In contrast with this case Mr. Hutchinson showed portraits of a case of multiple xanthelasma with chronic liver disease. The patient was deeply jaundiced and had been so for years, and she had an enlarged and indourated liver. In this case the xanthoma patches were flat and not tuberous and their colour was much deeper. The eyelids were affected.

II.

**Lentigenes Seniles and Melanotic Staining with Epithelial Cancer.**

Mr. Hutchinson described a form of senile freckles (Lentigenes) in which large patches of melanotic staining were produced. The disease he said was peculiar to old people. It was never symmetrical, for although the senile freckles were usually present on both sides,

it never happened that the melanotic staining was produced equally on both. Usually it was the right cheek which was affected. He had seen six cases or more and in three of these the melanotic patch covered half the cheek. In one it extended upon the conjunctiva of the eyelid and globe and even involved the cornea. The melanotic staining although it might persist for many years never showed any tendency to ulcerate. In several of the cases however a malignant ulcer of epithelial type had formed near to the melanosis. This ulcer was always free from pigment and was never situated on the melanotic area but only near to it. The disease was chronic and in several instances the staining had been spreading steadilly for eight or ten years. In none of the cases had there been any gland disease or internal growths.

Mr. Hutchinson said he thought that the disease must certainly be regarded as allied to cancer, it seemed to afford an interesting example of changes which in ve growth first instance and even for many years manifested only infective and not any of the more characteristically malignant tendencies yet finally with production the of the latter. In the only case in which the patient was under middle age the staining began on the gums of the upper jaw and not on the cheek. In all in which the cheek was affected the patient was upwards of sixty years of age.

## III.

## On true Yaws.

Mr. Hutchinson also showed a series of colored drawings which had been made from photographs illustrating the different stages of Yaws. He avowed his belief that true Yaws was really syphilis occuring in coloured races and in tropical climates. Jt had he said primary, secondary and tertiary stages and was transmissible to the infant. It was curable by mercury and iodides. It did not occur in temperate climates nor indeed did it appear to be easy to transport it to them. Thus in Europe exceedingly few opportunities for studying it could be found. If it were not syphilis it was certainly an example of an allied malady almost exactly like it and obheying simibar laws of developement and decline.

Herr Török (Budapest):

## Les figures psorospermiformes du cancer.[1])

Messieurs!

Je suppose qu'il serait superflu de réciter dans cette assemblée tout ce qui était dit au sujet des psorospermies du cancer. Tout cela vous est bien connu. Je passerai donc immédiatement aux recherches que j'ai fait et qui semblent démontrer qu'on peu expliquer tout autrement les figures qu'on a décrit jusq'ici comme des parasites. Par ces recerches j'ai gagné l'impression que ces figures ne sont pas autre chose que des noyaux, nucléoles, cellules épithéliaux ou migratrices, des cellules rouges du sang, ou bien les produits de la dégénération des susdits éléments morphologiques.

Ce qui m'a frappé d'abord dans les coupes des cancers divers qui ont été à ma disposition était la grandeur des nucléoles, quelquefois leur nombre, puis la grande masse de chromatine contenue dans les noyaux des cellules cancereuses. On peut constater ces faits surtout dans des cancers à grands cellules. Le nombre des noyaux varie en général entre 1—3, souvent on en trouve 4 et même 5 et plus. Leur forme est ronde, ovalaire, quelquefois irrégulière, avec des angles arrondies. Quelquefois on voit une tache claire dans leur centre, très souvent ils sont entourés d'une aréole claire. Tout cela parle en faveur de leur nature nucléolaire. L'aréole claire est un phénomène de réfraction qu'on a constaté chez les nucléoles physiologiques. En outre il est facile à constater que ces corpuscules retiennent les matières colorantes dans un degré encore plus élevé que la chromatine. Très souvent ils ont gardé la couleur dans des coupes qu'on a décoloré ad maximum et dont la chromatine nucléaire est dévenu incolore. Or c'est également une propriété des nucléoles. Quelquefois on réussit de colorer les nucléoles d'une manière différente de la chromatine des noyaux. Après fixation au sublimé et coloration par l'éosine et la hématoxyline ils gardent parfois un teint rose-violet, pendant que la chromatine est colorée en bleu foncé.

[1]) Les recherches qui font le sujet de cette communication ont été publiées dans les »Monatshefte für praktische Dermatologie«, 1893, Vol. XVI, Nr. 5, complétées par des nouvelles et avec deux planches.

Chose plus importante est la tingibilité des nucléoles dans différents états de dégéneration du noyau et le volume qu'ils atteignent dans ces circonstances. Il n'est pas rare de les voir tous seuls coloré dans les noyaux vésiculaires des cellules cornifiées ou conglomérées en forme de globes épithéliales. Dans ces circonstances ils atteignent souvent la grandeur d'une cellule rouge du sang. Dans les cas de vacuolisation des noyaux ils se comportent d'une manière semblable, mais à un dégré plus faible.

Quant à la chromatine des cellules cancereuses je l'ai presque toujours trouvé en plus grande quantité que dans les cellules physiologiques. Dans quelques cas il m'a paru que la substance interfilaire se colorait aussi d'une manière plus intense. La chromatine formait un réseau fin ou grossier, ou bien des grains et filaments fins. Cette hyperchromatose est bien accentuée dans la maladie de Paget et dans les rangées externes des nids et boyaux cancereux.

La chromatine des noyaux montre encore d'autres propriétées. Elle forme par gonflement et conglutination des globes chromatiques en forme de pierre à aiguiser, fusiformes, navicelliformes, ovalaires, rondes ou irréguliers. On voit ces petits masses chromatiques quelquefois dans des cellules normales, plus souvent et d'une manière plus accentuée dans des cellules dégénérées, hydropiques, vacuolisées graisseuses; c'est-à-dire dans des nids à infiltration inflammatoire, ou nécrotisants ou dans leur voisinage. Les masses chromatiques des cellules inaltérées sont-elles un signe de l'hyperchromatose, ou d'une dégénération chromatique, voilà ce que je ne pourrais décider. Les masses chromatiques, dont je viens de parler, perdent plus tard — la dégénération allant en avant — leur tingibilité.

A côté de la forme de dégénération chromatique, dont je viens de parler, j'en ai vu encore une autre. Tout le noyau se transforme ici dans un globe chromatineux dans lequel on voit entreluir quelquefois les filaments de chromatine. Dans d'autres cas la chromatine du noyau est transformé en plusieurs boules chromatiques de grandeur différente. Au commencement ces boules sont contenus dans une vésicule a membrane incolore et occupant la place du noyau. Plus tard la membrane de cette vésicule disparait et les boules chromatiques siègent librement dans le protoplasme de la cellule devenue hyaline, incolore, ou brun et luisant. Quelquefois il arrive que les cellules hyalines se décomposent et qu'alors les boules chromatiques sont situés librement entre les cellules voisines.

La figure, dont je parlerai tout à l'heure est beaucoup plus rare. Je l'ai vu dans une coupe d'un cancer de l'amygdale. Dans une cellule hyaline incolore, j'ai vu à côté d'une boule chromatique une figure vermiforme se colorant très bien avec la safranine. Pas de vestige du noyeau, ou d'une membrane nucléaire. J'avoue que l'explication de cette figure, rare du reste, n'était pas facile. Je crois pourtant qu'on ne pourrait faire aucune objection à une comparaison de cette figure avec d'autres de la même coupe, ou la membrane nucléaire n'a pas encore disparu et la chromatine forme à côté de boules et de formes irrégulières une figure falciforme retractée près de la membrane. Je crois que les susdits figures sont en rélation génétique et que je ne me trompe pas en regardant la figure vermiforme, dont je viens de parler, comme un produit de la dégénération chromatique du noyeau. La décomposition du noyeau produit dans d'autres cas des corps de formes différentes, le plus souvent fusiformes ou claviformes, siégeants dans le corps de la cellule.

La ressemblance entre les figures que je viens d'énumérer et les parasites intranucléaires décrits par Thoma, Sjöbring, et en partie par Russel est trop évidente pour que j'y insiste plus longtemps.

Une autre dégénération des cellules et noyeaux du cancer est la vacuolisation, la dégénération hydropique. On la constate surtout dans les cancers inflammés. Ces vacuoles sont claires, incolores, ou à peine colorées, rondes ou ovalaires. On les trouve dans le corps de la cellule, tout séparés du noyeau, ou dans le noyeau et à côté de celui. Dans le dernier cas elles compriment la partie chromatique du noyeau qui forme à la fin un bonnet chromatique étroit à leur pôle. Ces vacuoles peuvent contenir des cellules rouges du sang ou leur detritus, des cellules migratrices avec des noyeaux normaux ou dégénérés; dans des cellules géantes un ou plusieurs noyeaux de la cellule; outre cela des masses chromatineuses de forme et tingibilité différente. Les cellules rouges du sang se colorent souvent aussi d'une manière variable après la fixation par le liquid de Flemming.

Dans le corps de la cellule on trouve à côté des vacuoles et [illegible]ur contenu les éléments suivants : des globules rouges du sang, [illegible]s globules migratrices à protoplasme normal, luisant ou hydro[illegible]ue et le débris de ces éléments ou de leurs noyeaux. Dans les [illegible]lules à division indirecte on voit souvent dans le protoplasme [illegible]s cellules après la disparition de la membrane nucléaire des

filaments ou grains chromatiques aberrés. Tout exceptionellement on en voit même avant la disparition complète de la membrane nucléaire. Dans le cas de dégénération chromatineuse du noyeau on peut voir des masses chromatiques régulières ou irrégulières librement dans le protoplasme de la cellule cancereuse.

Toutes les figures que je viens d'énumérer et dont j'ai l'honneur de vous présenter les dessins nous donnent — je suppose — l'explication d'un grand nombre de parasites intracellulaires et intranucléaires décrits jusqu'ici. Mais il y a encore d'autres figures dans les coupes du cancer qui fournissent l'explication pour des formes psorospermiques. Ce sont des cellules épithéliales différentes entourées par des cellules aplaties et semblants être des psorospermies intercellulaires. On les trouves dans des circonstances différentes. Quelquefois ce sont des cellules en dégénération hyaline; j'ai vu quelquefois leur noyeau encore en division mitotique, mais déjà avec la chromatine partiellement conglutinée. Des cellules pareilles sont quelquefois entourées par une cellule géante et alors la question de la formation endogène se pose. Cornil a publié tout dernièrement quelques figures qui parlent en faveur de la formation endogène. Je n'ai pas encore vu des formes semblables.

Des états tout différents des cellules cancereuses peuvent produire des figures comme je viens de les décrire. Autour d'une cellule gonflée par n'importe quelle cause les cellules voisines comprimées paraissent toujours former une capsule enveloppante. La cellule centrale peut être gonflée par transformation homogène, hyaline, ou par la dégénération hydropique, par imbibition, enfin par l'aggrandissement de la cellule en voie de division. Ces dernières altérations, c'est-à-dire la division et l'imbibition peuvent coéxister dans la même cellule, p. e. dans les cellules épithéliales de la maladie de Paget. Dans ce cas les anses chromatiques peuvent confluer par gonflement et il se forme alors une grande masse chromatique au milieu d'un protoplasme granulé et gonflé et entouré par des cellules applaties. Il est facile à comprendre que des figures pareilles donnent lieu à des erreurs d'interprétation.

Je dois encore mentionner certaines formes de globes épithéliaux qui contiennent plusieurs cellules à contours indistincts à noyeaux gonflés, hyalines, incolores et à nucléoles gonflés et coloré sombre. Les cellules les plus externes sont applaties. Des figures pareilles se prêtent aisément à l'interprétation d'être des sporocystes tout comme les cellules géantes en transformation analogue

Tout ce que je viens de dire sera mieux démontré — je l'espère — par les dessins que j'ai l'honneur de vous présenter. Vous trouverez leur explication en trois langues (hongrois, français, anglais) sur les planches ou aux feuilles qui leur sont ajoutées.

---

Herr Perrin (Marseille):

## I.

## Cas de dégénérescence colloïde du derme (colloïdome miliaire).

Les cas de dégénérescence colloïde du derme ne sont pas tellement nombreux qu'il n'y ait quelque intérêt à y ajouter des faits nouveaux. C'est une affection des plus rares de la peau : elle n'a été l'objet que de quelques travaux intéressants mais peu nombreux; notre cher et éminent maître, M. Ernest Besnier,[1]) en a donné l'indication complète et en a discuté quelques uns dans ses notes de la 2e édition Française de l'ouvrage du Prof. M. Kaposi.

La première observation de cette curieuse affection a été publiée par E. Wagner[2]) en 1866 sous le nom de colloid-milium. En 1879 sous la dénomination de dégénérescence colloïde du derme, M. Ernest Besnier[3]) en a fait connaître un second cas; après avoir donné un tableau clinique complet de la maladie, il l'a étudiée au point de vue histologique avec M. Balzer, et a démontré qu'il ne s'agissait pas d'un milium colloïde, mais d'une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif et des vaisseaux dermiques.

Les autres faits ont été publiés, un par MM. Balzer et Feulard[4]) en 1889, trois, malheureusement sans examen histologique, par R. Liveing[5]) en 1886. MM. Leloir et Vidal,[6]) dans le chapître qu'ils consacrent à cette affection, proposent la dénomination de

---

[1]) M. Kaposi, Path. et trait. des mal. de la peau. 2e édit. franç. 1891 T. II., p. 240.

[2]) E. Wagner. Arch. d Heilk. T. VII, p. 463. 1866.

[3]) E. Besnier, Ann. de dermat. et de syph. 1ère série. T. X, p. 461. 1879.

[4]) Feulard et Balzer, Ann. de dermat. et de syphil. 2e série. T. VI, p. 342, 1889.

[5]) R. Liveing, The Brit. med. Journ. 1886.

[6]) Leloir et Vidal, Traité des mal. de la peau. 2e livrais. p. 125. 1890.

ndant le reste de la journée dans un terrain situé au bord de mer. MM. E. Besnier et Wagner avaient relevé dans les symômes présentés par leurs malades des névralgies et des céphalées cipitales presque quotidiennes, elles faisaient défaut dans le cas Feulard et dans celui que nous rapportons.

Voici d'ailleurs l'observation de cette malade.

F. de 54 ans, chiffonnière, entrée au mois juillet 1891 à l'hôpital la conception de Marseille dans le service de notre excellent maître ami le Dr. Coste. La malade est admise à l'hôpital comme atteinte embarras gastrique, qui disparait après un purgatif et quelques jours repos et de régime diététique. Quoique paraissant plus âgée qu'elle est en réalité, c'est encore une femme robuste et vigoureuse : dès le matin elle chiffonne et l'après-midi en plein air dans un terrain situé au bord de la mer, elle s'occupe du triage des chiffons. C'est une alcoolique sujette aux pituites et aux pyrosis; elle a un tremblement accusé aux membres supérieurs et aux mains; son sommeil est agité par des cauchemars et des rêvasseries. Ses artères sont athéromateuses: les temporales sont sinueuses, les radiales dures, les battements du cœur sont sourds, le second bruit claque fort; pas d'albuminurie, ni de glycosurie.

L'affection cutanée dont elle est atteinte siège à la partie supérieure de la face et sur le dos des mains; elle ne s'en préoccupe nullement et ne sait au juste à quelle époque elle a débuté, 9 à 10 ans environ; tout ce qu'elle peut affirmer c'est qu'elle ne se modifie pas pendant l'hiver. L'éruption se détache nettement sur la teinte basanée que présente le visage et les mains; elle occupe toute la hauteur du front depuis la racine des cheveux jusqu'au niveau des régions sourcilières, le dos du nez à sa racine et les régions temporales et les joues à leur partie supérieure; sur les conjonctives oculaires des deux yeux existent vers l'angle interne de petites masses jaunâtres lobulées et mobiles. Enfin aux mains l'éruption recouvre toute leur face dorsale jusqu'aux poignets. Au niveau des parties malades, la peau est notablement augmentée d'épaisseur; sur le front on voit quatre à cinq rides nettement accusées; la peau est bronzée et sur cette teinte on voit des petites élévures brillantes, citrines et translucides, ressemblant à des vésicules mais n'en ayant que l'aspect, car elles sont solides. Au toucher elles ont une consistance dure et la main passée sur elles sent une surface grenue douce mais nettement accusée. La grosseur de ces saillies varie d'une petite à une grosse tête d'épingle, elles sont rondes ou arrondies et paraissent en quelque sorte enchâssées dans le derme. Au point de vue de leur distribution, elles sont conglomérées, de façon à former de véritables nappes constitués par une matière gélatineuse translucide. Mais quoique très-rapprochées, elles sont distinctes les unes des autres. Elles donnent à la peau une coloration jaune brunâtre. Dans leurs voisinage on voit quelques dilatations vasculaires. L'affection est absolument torpide et indolente.

La malade était depuis trois semaines à l'hôpital; quand elle fut atteinte de diarrhée avec inappétence, œdème des membres inférieurs; sauf un peu de congestion pulmonaire aux deux bases, M. Coste ne constate aucune lésion viscérale appréciable; elle meurt 4 à 5 jours après le début de ces accidents.

A l'autopsie : congestion simple des poumons et des reins, foie graisseux, athérome artériel surtout marqué à la crosse aortique, cœur gras, dilaté, mais sans lésions aux orifices; rien au cerveau; dans l'uterus existe au niveau de la paroi supérieure un fibrome interstitiel de la grosseur d'une noix — sur la face et le dos des mains, divers lambeaux de peau sont disséqués jusqu'au tissu cellulaire, enlevés et mis dans l'alcool absolu; notre excellent collègue et ami le Dr. Reboul a bien voulu en faire l'examen histologique.

## Etude histologique.

Par le Dr. J. Reboul.

Les pièces sur lesquelles ont porté notre examen, durcies dans l'alcool, ont été colorées par le picro-carmin, l'éosine, l'hématoxyline, le violet de méthylaniline et montées soit dans la glycerine, soit dans le baume de canada.

Les préparations de ces deux pièces se ressemblent et ne diffèrent que dans quelques détails.

Sur les coupes, à l'oeil nu ou à un très faible grossissement on voit que la peau est profondement altérée et modifiée dans la disposition de ses éléments. Elle peut être divisée en 4 couches:

1. couche superficielle épidermique et dermo-papillaire;

2. zone des blocs colloïdes séparés par des tractus unissant l'épiderme et la région papillaire à la couche suivante;

3. couche dense, fibroïde;

4. région des glandes, du tissu cellulo-adipeux, des vaisseaux, des nerfs et des muscles.

A un faible grossissement (Obj. 2. Oc. 1. Verick), les lésions de la peau se montrent très apparentes et la division que nous venons d'indiquer est encore plus nette; cependant il y a lieu de séparer l'épiderme de la couche superficielle du derme, car ce n'est qu'en certains points très rares que nous avons constaté la confusion de l'epiderme avec les blocs colloïdes.

1. Epiderme. — Dans les points éloignés des blocs colloïdes, l'épiderme présente ses couches et son aspect normaux. Mais, à mesure que l'on se rapproche des régions altérées de la peau, il subit des modifications. C'est d'abord une diminution d'épaisseur et

certaines modifications à mesure que l'on se rapproche des blocs colloïdes, surtout des plus volumineux. D'abord normal avec ses papilles bien développées, dès que les blocs apparaissent, le derme diminue de hauteur, ses papilles se devient, s'aplatissent, s'écartent et forment une petite cupule aux blocs colloïdes, mais s'il s'agit d'une grosse masse, les papilles disparaissent complètement et cette région du derme est fortement amincie.

Les blocs colloïdes sont séparés les uns des autres par des tractus épais réunissant la région papillaire du derme à l'hypoderme. La plupart de ces tractus sont constitués par les canaux excréteurs des glandes sudoripares et les gaines épithéliales des poils. Sur certaines préparations, on voit nettement que ces gaines épithéliales se déplacent, s'incurvent repoussées par le développement des globes colloïdes. Les canaux excréteurs des glandes sudoripares et les gaines épithéliales des poils ne paraissent pas altérés, du moins leurs épithéliums; mais leurs gaines conjonctives sont épaissies et celles des poils ont subi dans quelques régions la dégénérescence colloïde bien reconnaissable à la teinte jaune orangé et à sa réfringence. Ces canaux et ces gaines sont séparés des blocs colloïdes par des fibres conjonctives ondulées, épaissies, fortement colorées en rouge, réfringentes et qui se continuent insensiblement avec les masses colloïdes petites et moyennes dont elles prennent peu à peu les caractères; quand il s'agit d'un gros bloc colloïde, la limite est très nette et les fibres conjonctives sont séparées des masses dégénérées par une trainée de cellules embryonnaires et des cellules plates du tissu conjonctif, tandis que ces éléments sont irrégulièrement disséminés dans les points où le tissu conjonctif se confond progréssivement avec la masse colloïde.

A un fort grossissement ces détails se voient très nettement; on constate de plus au milieu des lobes des blocs colloïdes, des cellules plates du tissu conjonctif et par places de petites trainées de cellules embryonnaires qui paraissent indiquer la division primitive des blocs colloïdes en faisceaux de fibres et que ces masses sont le résultat de la condensation des fibres conjonctives dégénérées et dont les limites ont peu à peu disparu, de manière à former des blocs d'apparence homogène. Cette division des masses colloïdes en fibres se voit plus nettement à leur périphérie, et surtout dans les blocs moyens et petits.

En examinant une coupe de la peau d'une certaine étendue, on voit, en s'éloignant des gros blocs colloïdes, la succession des tractus contenant les conduits excréteurs des glandes sudoripares

et sébacées et les gaines des poils et des blocs colloïdes, moyens et petits, ovoïdes, fusiformes. Puis on ne trouve plus que des fibres conjonctives épaissies, ondulées, très réfringentes, circonscrivant des masses troubles, irrégulières où les éléments (cellules et fibres) paraissent en dégénérescence granuleuse. Ces masses sont limitèes latéralement comme les blocs colloïdes par les gaines des poils entourées de fibres conjonctives. Plus loin, le derme reprend ses caractères normaux. Cette dégénérescence granulo-graisseuse est peut être le premier stade de la transformation colloïde ou simplement une lésion simultanée des éléments du derme.

3. La région du derme qui limite profondément les masses colloïdes, est dense, résistante à la coupe; elle est constituée par des fibres conjonctives très serrées, épaissies, onduleuses, fortement colorées et réfringentes; au milieu de ces fibres conjonctives, on voit des fibres élastiques, des ilots de cellules embryonnaires et des cellules plates du tissu conjonctif. Cette zone fibreuse condensée, atteint sur le fragment de la peau de la joue que nous avons examiné, une épaisseur aussi grande que celle des blocs colloïdes. Quelques rares vaisseaux se montrent dans cette zone; leur lumière parait retrécie par l'épaississement de leurs parois, surtout par l'hypertrophie de la tunique interne dont les éléments conjonctifs ont subi la dégénérescence colloïde.

Cette zone se continue insensiblement avec celle des blocs colloïdes ou en est séparée ainsi que nous l'avons déjà mentionné par des trainées de cellules embryonnaires et des cellules plates. Profondément, les fibres conjonctives ne sont plus réunies, condensées, elles s'isolent, prennent des directions variables, entourent les glandes, les bulbes pileux et les vaisseaux et forment à ces divers organes de véritables gaines réfringentes, colloïdes.

4. Les glandes sudoripares, les glandes sébacées et les bulbes pileux sont donc ainsi refoulés dans la profondeur. Leurs éléments épithéliaux ne paraissent pas altérés, mais leur gaine conjonctive est épaissie et a subi par places la dégénérescence colloide.

Les lésions des vaisseaux (artères et veines) sont encore plus nettes et plus prononcées que dans les régions des blocs colloïdes. Leurs parois sont très épaissies et cet épaississement porte principalement sur les tuniques moyenne et externe. L'endothélium parait sain, la lumière des vaisseaux est un peu diminuée mais non obstruée. La tunique moyenne est doublée ou triplée, les fibres conjonctives sont plus nombreuses. Dans la tunique externe, les fibres

conjonctives sont épaissies, réfringentes, ont subi la dégénérescence colloïde.

Sur certaines coupes de nerfs de quelques préparations, il nous a paru que leur gaine conjonctive externe était plus épaissie et plus réfringente que normalement.

Enfin dans l'hypoderme de nombreuses cellules adipeuses renferment des cristaux radiés et sur les coupes de la peau de la joue, certaines fibres musculaires striées ont subi la dégénérescence vitreuse.

## En Résumé.

L'examen de ces fragments de peau, montre qu'il s'agit d'une dégénérescence colloïde des éléments conjonctifs du derme; que cette dégénérescence siège dans la partie moyenne du derme: qu'elle produit des masses réfringentes d'apparence homogène, repoussant et comprimant les tissus voisins, séparées de l'épiderme par une mince couche dermique et les unes des autres par les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les gaines des poils. Ces blocs colloïdes sont le résultat de la condensation des fibres conjonctives, épaissies, en dégénérescence colloïde; ils se continuent le plus souvent avec elles et insensiblement. Les fibres conjonctives forment la limite des blocs du côté de l'épiderme, elles forment des gaines aux conduits excréteurs des glandes et aux poils et forment enfin profondément une couche épaisse, condensée, d'où partent des faisceaux qui vont entourer les glandes et les vaisseaux. — Des cellules embryonnaires et des cellules plates du tissu conjonctif séparent les lobes des blocs colloïdes, ceux ci des fibres conjonctives et les fibres conjonctives entre elles. — Les blocs colloïdes sont limités latéralement par les conduits excréteurs des poils qui se devient si les masses sont volumineuses et leur forment de véritables loges. — A la surface des blocs colloïdes, les papilles du derme se dévient, diminuent de hauteur, puis disparaissent. — L'épiderme est fortement aminci, feuilleté au niveau des gros blocs colloïdes, les cellules des couches profondes sont vésiculeuses. — Les éléments épithéliaux des glandes sudoripares, sébacés et des poils sont intacts, mais leurs gaines conjonctives sont souvent épaissies et subissent parfois la dégénérescence colloïde. — Les vaisseaux de l'hypoderme et du derme sont fortement altérés; leur lumière parait un peu diminuée mais est perméable; leurs parois sont épaissies, surtout la tunique externe dont les éléments conjonctifs ont subi la dégénérescence colloïde. — Les gaines con-

jonctives externes des nerfs sont plus épaisses que normalement, mais les tubes nerveux et le tissu conjonctif intrafasciculaire ne paraissent pas altérés.

En somme, les altérations portent uniquement sur les éléments conjonctifs, les fibres conjonctives de la peau. D'abord, un simple épaississement, puis une réfringence plus grande, la dégénérescence colloïde et enfin la formation des blocs colloïdes.

Les vaisseaux étant altérés, il est possible que ces lésions vasculaires déterminent des troubles de nutrition sont la dégénérescence colloïde des éléments conjonctifs serait la conséquence. L'épaississement de la gaine conjonctive externe des nerfs ne nous parait pas suffisant pour invoquer une influence nerveuse primitive. Nous pensons que la dégénérescence colloïde des éléments conjonctifs du derme, le colloïdome miliaire est le résultat de troubles de nutrition portant sur les éléments conjonctifs de la peau, favorisés par les conditions extérieures qui ont agi chez ces malades, certaine prédisposition spéciale et surtout les congestions continues de la peau sous l'influence de la radiation solaire.

Le cas que nous rapportons parait être semblable à ceux décrits par MM. E. Besnier, Feulard et Balzer.

Dans aucune des coupes que nous avons examinées, nous n'avons trouvé des kystes, des boyaux épithéliaux. Nous ne pouvons donc ainsi que Philippson, considérer ce cas comme un épithéliome benin de la peau, un cystadénome avec dégénérescence colloïde et nous pensons qu'l s'agit d'une dégénérescense colloide des éléments conjonctifs du derme, d'un colloïdome miliaire.

Nous ne pouvons nous prononcer sur la nature exacte de cette dégénérescence et nous nous bornons à n'émettre que des hypothèses sur son étiologie et sa pathogénie.

## II.

## De la ladrerie chez l'homme.

Bien que la ladrerie chez l'homme ait sollicité depuis la découverte de Werner les recherches d'un grand nombre d'observateurs, et que l'on trouve dans la littérature de ces dernières années un certain nombre d'observations intéressantes, elle constitue encore actuellement une affection remarquable et bien digne d'enquêtes approfondies.

Avant de rapporter le cas que nous avons observé de cysticercose humaine probablement due à une véritable auto-contamination, nous rappellerons brièvement le cycle biologique des tænias armé et inerme et comment les animaux et l'homme deviennent ladres; nous insisterons surtout d'une part sur le nombre croissant depuis quelques années des cas de tænia inerme et sur la diminution de fréquence dans certains pays du tænia solium et des observations de ladrerie humaine.

Rien n'est mieux démontré aujourd'hui que le cycle biologique des tænias armé et inerme : de nombreuses expériences ont bien établi les migrations de ces entozoaires, la filiation nécessaire du cysticerque et du tænia.

Les cysticerques doivent leur origine à des œufs de tænia ingérés avec les aliments et les boissons : de cet œuf de tænia nait, on le sait, un embryon hexacanthe; celui-ci passe à travers la paroi épithéliale de l'estomac ou de l'intestin dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins qui vont l'acheminer vers les différents tissus et organes de l'économie. C'est alors qu'il se développe un cysticerque, en attendant qu'une circonstance fortuite le ramène dans l'intestin d'un autre animal où il prendra la forme définitive de tænia.

Pour le tænia solium ou armé, ses rapports avec le cysticerque du porc sont nettement établis. L'introduction des œufs isolés de ce ver ou de ses proglottis ou cucurbitins dans les voies digestives du porc détermine chez lui l'apparition des cysticerques ladriques qui ne sont autre chose que le scolex du tænia solium. L'ingestion du cysticerque avec la viande de porc crue ou mal cuite détermine dans l'intestin de l'homme le développement du tænia solium. C'est donc dans les porcs ladres que l'homme prend les germes du tænia dont le cycle est ainsi complété.

Le tænia inerme (t. saginata, t. médiocanellata), parasite de l'homme au même titre que le tænia solium provient du cysticerque du bœuf ou du veau ladre. Les expériences de Leuckart ont démontré qu'en administrant à de jeunes veaux des proglottis de tænia médiocanellata, il se développe chez ceux-ci dans le tissu cellulaire de différents organes des cysticerques offrant dans leur portion céphalique les caractères de troncature et l'absence de crochets de la tête du tænia inerme. L'expérience faite sur des porcs et des moutons n'a amené aucun résultat. Les cysticerques pris chez les veaux et administrés à des chiens ne se sont pas développés dans l'intestin de ceux-ci. On peut donc regarder comme

certain que les migrations de ces vers se passent de l'homme au boeuf et que c'est chez ces deux êtres que toutes les métamorphoses s'accomplissent.

La ladrerie du porc est constituée par la présence de cysticerque du tænia solium dans l'épaisseur des tissus de l'animal et plus spécialement du tissu musculaire. Elle résulte toujours originairement, — et c'est là, le point important au point de vue de l'hygiène privée et publique et de la police médicale, de l'ingestion par les porcs des œufs ou des cucurbitins du tænia solium qu'ils trouvent dans les excréments humains.

Quant à la ladrerie chez l'homme, elle est également caractérisée par la présence dans les différents tissus de l'économie de kystes contenant dans leur intérieur le cysticerque cellulose de Rudolphi. L'homme est infesté comme les animaux par des œufs introduits dans son estomac avec les aliments ou les boissons. Pourtant quelques auteurs, parmi lesquels, on peut citer MM. Broca, Féréol[1]), Rathery[2]), Troisier, Duguet[3]), Millard[4]), ayant été frappés de la coéxistence du tænia et des cysticerques se sont demandés si certains malades ne peuvent devenir ladres à la suite d'absorption des œufs de leur propre parasite. Cette hypothèse d'auto-infestation, émise pour la première fois par Broca, quoique constituant une exception flagrante à la loi de génération alternante, a paru rationnelle à plusieurs observateurs qui en ont admis la possibilité. — M. Béranger[5])-Féraud la résume de la manière suivante. Le tænia, qui normalement doit vivre dans l'intestin et dont les anneaux mûrs sont vers la fin du jéjunum et de l'iléon, c'est-à-dire en un point où les liquides digestifs n'ont plus d'action sur sa capsule extérieure, remonte par le fait de causes mal connues encore jusque dans l'estomac où le suc gastrique attaque les œufs mûrs comme si ces œufs provenaient du dehors apportés par un aliment ou une boisson. Ces faîts sont rares en réalité et le plus souvent l'homme est envahi par les cysticerques de la même manière que les animaux; cependant cette auto-infestation peut être parfaitement admise. On sait, en effet, que le passage des proglottis de l'intestin dans l'estomac peut avoir lieu, ainsi que le démontrent les cas authentiques dans lesquels on a constaté le rejet par la bouche nonseulement

[1]) Bull. de la Soc. méd. des hôpit. 1879, p. 151.
[2]) id 1880, p. 62.
[3]) id 1882, p. 68.
[4]) id 1888, p. 261.
[5]) Béranger-Féraud, Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. No. 6, 1892.

d'anneaux plus ou moins nombreux mais même de tænias complets (Davaine[1]), R. Blanchard[2]), Schneider, Seiger, Béranger[3])-Féraud etc.). De plus l'expérience de Redon[4]) prouve que le tænia peut vivre à l'état cystique et à l'état rubané chez l'homme et que son évolution de larve à l'état strobilaire peut s'effectuer sinon chez le même individu, du moins chez des individus de la même espèce. Pour M. Mégnin[5]), ce serait même la règle générale. »La vraie règle est que les tænias peuvent suivre toutes les phases de leur développement dans le même animal depuis l'état de proto-scolex ou d'embryon hexacanthe, jusqu'à celui de proglottis ou de cucurbitins remplis d'œufs. En un mot, les migrations par l'intermédiaire des carnassiers, qu'on a crues jusqu'à présent indispensables et le seul moyen pour les tænias d'arriver à l'état adulte apte à la réproduction, ne sont qu'un deuxième moyen parallèle au premier employé par la nature pour mieux assurer la conservation de l'espèce.«

La totalité des observations de ladrerie humaine appartient au type du tænia armé. On ne possède encore qu'un fait où le cysticerque humain serait provenu du tænia inerme[6]); M. M. Bitot et Sabrazés l'ont trouvé dans les centres nerveux. C'est dans une autopsie pratiquée sur un sujet appartenant au service du Prof. Pitres que ces auteurs ont découvert un cysticerque en grappe contenant une tête, qui, étudiée par M. M. de Nabias et W. Dubreuilh, présentait les caractères macroscopiques du T. saginata : tête tronquée à son extrémité avec des ventouses terminales sans rostellum ni crochets. L'objection que la tête aurait perdu ses crochets, ne peut être invoquée, car ceux-ci n'ont pas été rétrouvés dans le liquide. En présence de ce fait de cysticercus bovis dûment constaté chez l'homme, on devra donc dorénavant examiner avec soin la tête des cysticerques qui pourront être observés, pour déterminer dans quelle mesure le tænia inerme peut produire le cysticerque humain (Béranger-Féraud). Cet examen s'impose d'autant plus que depuis quelques années, les cas de tænia médiocanellata sont devenus de

[1]) Davaine, Traité des Entozoaires. 2<sup></sup> édit. Paris 1877.
[2]) R. Blanchard, Traité de zoologie médicale, Paris 1889.
[3]) Bull. gen. d. thér. août 1882.
[4]) Redon, Ann. des sc. naturelles. T. VI. 1877.
[5]) Journ. d. l'an. et de la phys. 1879.
[6]) Bitot et Sabrazés, Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moëlle chez l'homme. (Gaz. méd. de Paris Nos. 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34. 1890.)

plus en plus communs; tandis que, dans certains pays, ceux de tænia solium sont beaucoup plus rares, et que les faits de cysticerque humain paraissent aussi dans ces pays avoir éprouvé la même diminution de fréquence.

M. Béranger-Féraud [1]) a bien mis ce point en lumière dans son récent et intéressant travail sur la ladrerie humaine. Il rappelle que, si Rudolphi (1819) pouvait dire que de son temps on rencontrait à Berlin une fois sur cinquante autopsies des cysticerques qui avaient totalement passé inaperçus pendant la vie; aujourd'hui, d'après les dernières enquêtes faites en Allemagne la cysticercose est relativement assez rare. Ainsi, M. Hirschberg, dans une récente communication à la Soc. méd. d. Berlin (2 Mars 1892) a donné les résultats statistiques suivants: Sur 60.000 malades observés de 1869 à 1885, 70 cysticerques furent signalés; de 1886 à 1889, sur 30.000 malades, il n'en fut rencontré qu'un seul. Cette statistique quoique ne s'occupant que des faits de cysticerques de l'appareil visuel, est cependant des plus instructives. Lors de cette communication, M. M. Schweiger et Virchow admirent la réalité de cette décroissance; ils firent observer de plus que cette décroissance était d'autant plus remarquable que le tænia augmente de fréquence en Allemagne. Mais ils oubliaient, dit M. Béranger-Férand, que l'augmentation de fréquence appartient exclusivement au tænia inerme, tandis que le tænia armé diminue, au contraire, en Allemagne, comme dans plusieurs autres pays en ce moment. M. Béranger-Féraud apporte à l'appui de cette affirmation, la preuve suivante : depuis 1860, dit-il, le nombre des tænias observés dans la marine est devenu considérable; or, si le tænia inerme prédisposait aux cysticerques comme son congénère armé, on verrait quelquefois des accidents dus à la cysticercose chez les marins, tandis que le fait n'a pas été signalé.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine [2]), cet auteur a fait connaître le résultat de ses recherches sur la fréquence du tænia dans les colonies Françaises et en Algérie. Voici ses conclusions. »L'accroissement considérable du tænia inerme constaté dans nos hôpitaux maritimes depuis 1860 a pour cause l'origine exotique de la majorité des vers rubanés qui y sont traités. Ces tænias proviennent surtout du Sénégal et de la Cochinchine;

---

[1]) Béranger-Féraud, Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, Juin 1892.

[2]) Béranger-Féraud, Compt. rend. de l'Acad. de médecine, séance du 9 Août 1892.

pour une part aussi des parties méridionale et orientale du bassin de la Méditerrannée.

Au Sénégal, la fréquence du parasite, qui a augmenté notablement depuis 1860, parait due à une importation de germes par les nègres du bassin du Niger. En Cochinchine, une augmentation analogue parait due à la modification qui a été apportée vers 1872 dans l'approvisionnement de la viande de boucherie. En Algérie, l'augmentation n'a pas eu lieu, au moins dans d'aussi grandes proportions, mais il est à remarquer que le parasite était déjà très-fréquent au moment de la conquête.«

A Marseille le tænia inerme est, comme dans les autres pays, d'une fréquence croissante; les bœufs qui servent à l'alimentation proviennent surtout de l'Algérie et de l'Italie et sont abattus peu après leur arrivée.

Le tænia solium est, au contraire, très-rare, et la ladrerie chez le porc a diminué de fréquence d'une manière considérable: nos races françaises dans le département des Bouches-du-Rhône en sont tout à fait débarrassées; seuls les porcs de Sardaigne en fournissent quelques exemples. En 1891, à l'abattoir, d'après les renseignements qui nous avons pu recueiller, deux porcs ladres seulement ont été constatés: leur viande n'a pas été livrée à la consommation, quoique le nombre des cysticerquers fût peu abondant.

Aussi les cas de ladrerie chez l'hommes sont ils rares, et celui qui nous rapportons a-t-il été considéré comme absolument exceptionnel dans les hôpitaux de Marseille. Il a d'ailleurs été observé chez une femme arrivant du département de la Lozère. Dans cette région, d'après les détails fournis par la malade, l'alimentation par la viande de porc à peine fumée est commune, et dans la plupart des villages et des fermes les porcs sont abandonnés au dehors, mangeant ce qu'ils trouvent sur leur passage. Il suffit donc d'un individu atteint de tænia et rendant des cucurbitins ou des œufs disséminés dans ses excréments pour infester de ladrerie tout un troupeau.

Voici l'observation de la malade:

F., agée de 30 ans, entrée au mois de février 1892 à l'Hôtel-Dieu de Marseille dans le service de notre excellent maître et ami le Pr. Fallot. Elle venait à l'hôpital pour une dermite aiguë de la face, ayant au premier abord l'aspect d'un erysipèle. Le front, les paupières, la base du nez, les joues à leur partie supérieure sont, en effet, le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur écarlate; l'épiderme est soulévé par une abondante sérosité; et cn constate de grosses vésicules, des bulles

et de véritables phlyctènes. La malade a du malaise, des frissonnements, de la fièvre. Les jours suivants, les lésions simplement traitées par des applications de poudre d'amidon se dessèchent, au lieu de s'étendre comme dans un erysipèle; la fièvre disparait et après quelques pulvérisations et des onctions avec la vaseline, les teguments reprennent leur aspect normal. L'examen de la malade montre qu'elle présente un état seborrhéique assez marqué du cuir chevelu, mais ce qui attire surtout l'attention, ce sont des tumeurs hypodermiques disséminées sur toute l'étendue du corps. Elles sont rondes ou ovalaires; leur volume est variable: d'un grain de blé pour les plus petites qui sont les plus dures, d'un noyau de cerise pour les moyennes, celui d'une olive, pour les plus grosses. Elles sont mobiles, de consistance dure ou élastique, non douloureuses. Au point de vue de leur distribution, elles sont isolées les unes des autres, disposées sans symetrie, on en compte une douzaine, elles siègent sur les bras, dans le creux sus-claviculaire, sur le thorax, le dos et les regions lombaires.

L'état général de la malade est excellent, elle présente seulement des signes d'hystérie nettement accusés, mais pas de manifestations convulsives: céphalalgies fréquentes, sensation de boule, troubles de la sensibilité, hyperesthésie ovarienne à gauche; pendant deux ans, elle a eu de l'aphonie, elle a en quelquefois des vertiges, des vomissements survenant sans cause, et après une durée de quelques jours disparaissant spontanément; enfin au point de vue psychique, elle est impressionnable, irritable à l'excès. Elle parait très-heureuse d'avoir une affection rare pour laquelle elle est entrée déjà à plusieurs reprises à l'hôpital ou nous avons pu l'observer; il y a deux ans, une des tumeurs du bras a été enlevée par notre excellent ami le Dr. Coste. A cette époque, Mr. Stefani,[1]) interne du service, a pu recueillir la première partie de l'histoire de cette malade et l'a publiée dans sa thèse sur la ladrerie chez l'homme. — Voici le résumé des antécédents relevés par Mr. Stefani et des faits qui il a observés chez cette malade.

Elle est née dans le département de la Lozère, qu'elle a habité jusqu' à l'âge de 27 ans; elle a beaucoup mangé de viande de porc soit frais soit fumé. Habituellement d'un bonne santé, elle fut atteinte à l'age de 24 ans d'une extinction de voix qui persista plus ou moins complète pendant 2 ans; quelques années après, elle a eu des troubles dyspeptiques et des vomissements fréquents. A 27 ans, étant venue à Marseille, elle consulte un medecin parce qu'elle avait remarqué dans ses vomissements des morceaux de ver (?) et qu'elle en rendait aussi en allant à la selle. Un tænifuge lui fait expulser complétement un tænia.

En fevrier 1890, elle entra à l'hopital de la conception de Marseille pour une lassitude générale accompagné d'une cephalalgie presque continuelle et des douleurs vagues dans les membres. C'est à cette époque que les tumeurs souscutanées furent constatées pour la première fois: elles étaint au nombre d'une cinquantaine; après un séjour de plusieurs

[1]) A. Stéphani. Contribution à l'étude de la ladrerie chez l'homme. Th. de doctorat 1890.

mois à l'hôpital, elle en sortit, mais y rentra peu de temps après pour une poussée d'eczema erysipélatoïde de la face semblable a celle que la malade a présentée en fevrier 1892.

A cette epoque une des tumeurs sous-cutanées située à la face externe du bras droit, étant légèrement douloureuse à la pression, la malade en laissa faire l'extirpation.

L'examen microscopique, pratiqué par Mr. Jourdan, professeur à la Faculté des sciences, permit de constater dans l'intérieur du Kyste la présence d'un tête de taenia solium absolument caracteristique avec ses quatre ventouses et sa double couronne de crochets.

L'histoire de cette malade est intéressante à plus d'un titre. C'est un nouvel exemple de cysticerques coéxistant avec un tænia solium à ajouter aux trente-quatre cas semblables publiés, que M. Stefani a pu relever dans sa thèse.

Les cysticerques chez cette malade ont été constatés dix mois après l'expulsion de son tænia. Comment est-elle devenue ladre? Est-ce par l'ingestion d'œufs de tænia contenus dans les boissons, ou par une véritable auto-infection? Nous avons vu que cette dernière hypothèse était admise par un certain nombre d'auteurs dans les cas semblables à celui que nous rapportons.

Au point de vue clinique, cette malade rentre dans la catégorie des faits où la présence des cysticerques n'occasionne aucun accident ou seulement une incommodité très-minime; une seule tumeur placée à la partie externe du bras était un peu douloureuse; c'est celle que la malade a laissé extirper et qui a servi à l'examen histologique. Cette femme avait-elle des cysticerques dans un autre organe en dehors de sa ladrerie hypodermique? Pour l'œil l'examen ophthalmoscopique fait à plusieurs reprises a toujours été négatif. Quant à une localisation encéphalique, malgré la céphalalgie, les vomissements, les vertiges que nous avons vu relevés dans les antécedents de la malade, nous croyons avec le Prof. Fallot que tous ces symptomes passagers, vagues et légers doivent être rapportés à l'hystérie, bien caractérisée d'ailleurs par les troubles de la sensibilité, l'ovarie, les crises d'aphonie, de vomissements etc. Les poussées fluxionnaires du côté de la face, rappellent absolument la variété d'eczèma erysipélatoïde récidivant que l'on observe chez les arthritiques, on-t-elles quelques rapports avec la cysticercose tégumentaire? Il est difficile d'émettre une hypothèse à cet égard; elles n'ont apparu que depuis l'époque où la malade a été affectée de l'affection ladrique; mais l'état séborrhéique du cuir chevelu suffit à les expliquer.

Quoiqu'il en soit, le pronostic chez cette femme parait bénin; le nombre des tumeurs est peu considérable, elles ne gènent aucune fonction; il n'est grave d'ailleurs dans la ladrerie que par les coïncidences pathologiques qui font défaut ici. Abandonnée à elle-même, la cysticercose tégumentaire aboutit à la guérison spontanée par régression, calcification du Kyste quand le cysticerque a cessé de vivre. Chez cette malade en 1890 on constatait une cinquantaine de tumeurs, en 1892 on n'en retrouvait qu'une douzaine dont quelques-unes dures, petites pouvant bien avoir déjà subi la transformation calcaire. Quant à la longévité du cysticerque les faits publiés sont contradictoires; on leur donne une durée moyenne de 6 à 12 mois; mais M. B. Anger[1]) en a extirpé un qui siègeait dans la paume de la main depuis 4 ans, Sœmisch a trouvé un cysticerque de l'œil parfaitement vivant après une durée de 10 ans; Zulzer parle d'une femme qui servit à Breslau pendant 20 ans à montrer le cysticerque de l'œil dans les cours d'ophthalmologie. Dans le cas que nous avons observé, les cysticerques sous-cutanés duraient depuis 2 ans; mais un certain nombre d'entre eux avait disparu. Aucun traitement n'avait été institué; la malade s'étant absolument refusée à toute espèce d'intervention.

D'ailleurs, comme le fait remarquer, notre cher maître, M. Ernest Besnier[2]), dans un appendice de l'ouvrage de Prof. Kaposi, consacré à la déscription de la ladrerie hypodermique et sous-cutanée, on ne connait aucun agent qui introduit dans l'économie par la voie sanguine, lymphatique ou par le tube digestif, frappe de mort les cysticerques. L'expérimentation serait facile chez les animaux ladriques et l'intérêt serait grand, puisque ce serait le seul moyen d'atteindre les cysticerques des centres nerveux et des viscères splanchniques. Chez l'homme, il y a lieu de reprendre l'usage de l'arsenic que l'on introduirait par la voie cutanée jusqu'à dose tolérée et de mettre en expérimentation la série phéniquée et salicylée et même la série mercurielle ou iodurée dans le cas de cysticerque des centres nerveux.

La ponction simple, l'aspiration avec une aiguille de Pravaz, l'injection iodée ou autre etc. suffisent pour la destruction des cysticerques; la galvanopuncture, l'acupuncture électrolytique pourraient être employées aisément.

---

[1]) Béranger-Féraud loc. cit.

[2]) M. Kaposi, Path. et trait. des mal. de la peau, 2. édit. franç. T. II, p. 913.

Si tous les auteurs qui se sont occupés de la ladrerie se trouvent désarmés en ce qui concerne le traitement interne de cette affection, tous ont insisté sur la question de la prophylaxie. Elle est de la plus haute importance, rien n'étant mieux démontré que la filiation du cysticerque ladrique et du tænia solium, et celle du cysticercus bovis et du tænia inerme. Toutes les mesures doivent avoir pour but d'arriver au résultat de rendre le ver rubanaire moins fréquent chez l'homme; le porc et le bœuf seront alors moins exposés à être infestés de cysticerques, et réciproquemment que ces animaux soient moins souvent ladres, l'homme aura moins de chances de contracter le tænia. Des mesures hygièniques s'adressent donc à l'homme et aux animaux.

Tout sujet affecté d'un tænia devra en être débarrassé le plus rapidement possible; dans les campagnes il sera bon de veiller à ce que le tænia expulsé ne soit pas déposé dans les cours des formes sur les fumiers. Comme mesure prophylactique, l'homme ne doit manger que de la viande suffisamment cuite et boire de l'eau parfaitement filtrée ou non souilliée.

Pour les animaux, les éleveurs devront surveiller leur nourriture et leur boisson; on ne devra pas leur laisser boire l'eau des mares où la pluie a pu entraîner les cucurbitins ou les œufs de tænia. On connait, en effet, la résistance des œufs des entozoaires à la putréfaction et le temps très-long pendant lequel ils peuvent se développer.

Pour les porcs, la ladrerie résultant toujours originairement de la saleté et de l'incurie dans lesquelles ils sont élevés, ils devront être tenus avec propreté, enfermés, promenés seulement à certaines heures de la journée au milieu des champs et empêchés de se vautrer sur les fumiers en y mangeant tout ce qu'ils rencontrent.

Enfin dans les grandes villes, la constatation des cysticerques sublinguaux par le langueyage, l'application des règlements sanitaires, l'inspection de la viande etc. ont déjà contribué à diminuer la fréquence de la ladrerie. Malheureusement dans les petites villes et les villages où n'existent pas d'abattoirs, ces mesures ne peuvent souvent être appliquées.

La prophylaxie pour le tænia inerme est plus difficile à pratiquer. C'est, en effet, surtout par l'eau qu'il boit que le bœuf est infecté; et il est difficile d'empêcher qu'il ne s'abreuve pas à l'eau des mares vers lesquelles sont entrainés par la pluie ou les arrosages, les cucurbitins et les œufs de tænia répandus sur le sol. L'infection par des œufs déposés sur l'herbe, toute possible qu'elle

soit, semble logiquement devoir être moins fréquente (Béranger-Féraud). Une autre raison de la difficulté des mesures prophylactiques pour le tænia inerme, c'est qu'une fois contaminé le bœuf est moins facilement reconnu que le porc ladre: son cysticerque ne peut être constaté, car il doit à ses dimensions minimes de passer inaperçu; ce qui le prouve, c'est la fréquence du tænia inerme chez l'homme, fréquence croissante en raison directe de la consommation de viande de bœuf crue. Mais s'il est plus difficile à reconnaître, la durée de vie du cysticercus bovis est moindre que celle du cysticerque armé; aussi faudrait-il avant que les bœufs ne soient abattus les soumettre à un régime de pacage ou de stabulation pendant lequel ils s'abreuveraient à de bonnes eaux. Ce qui donnerait le temps aux cysticerques d'être atteints par les altérations séniles qui les rendent stériles. C'est la conclusion à laquelle arrive M. Bérenger-Féraud[1]) en se basant sur ce fait que dans l'Indie les médecins anglais ont observé que lorsque les bœufs ont été soumis pendant quelques mois avant l'abattage à l'usage d'une eau exempte de souillures, leur chair contenait infiniment moins de cysticerques.

---

Herr Petrini (Galatz):

## Du Pemphigus Foliacé.

Etude histologique, des lésions trouvées dans trois cas semblables.

I.

On a dans ce dernier temps restreint le cadre des affections bulleuses, et la plupart des hydrodérmies et de phlycténodermies, considérées comme des variétés de pemphigus sont aujourd'hui considérées et a juste raison comme rentrant dans le groupe de la dermatite hérpétiforme de Duhring-Brocq. En effet toute éruption bulleuse n'est pas du pemphigus, et la bulle n'est plus synonyme d'une semblable dermatose. Ainsi les variétées ou dénomination de pemphigus: lépreux, gangréneux, varioleux, etc. n'ont plus je pense leur raison d'être conservées, et le vrai pemphigus qui a une évo-

[1]) Bérenger-Féraud, loc. cit.

lution régulière, chronique, et un pronostic grave ne doit jamais être englobé dans les manifestations secondaires mentionnées ici.

Dans ce vrai pemphigus pour ma part j'admets les trois variétées suivantes. 1° Pemphigus vulgaire bulleux chronique, 2° P. foliacé, pouvant faire suite à la première variété, ou bien prendre d'emblée les caractères qui lui appartient, et 3° P. végétant si bien décrit par le professeur Neumann. Il est incontestable que les deux dernières variétés qui sont le plus graves, sont heureusement les plus rares. On connait très-peu des cas typiques de pemphigus végétant, et quelques cas seulement de pemphigus foliacé.

Comme dans ces deux dernières années j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de cette dernière variété, de suivre le tableau clinique de la dermatose, et de faire l'étude histologique de lésions trouvées dans ces cas semblables comme manifestation cutanée, comme marche et terminaison, j'ai pensé qu'il aurait interêt à faire connaître ces cas rares, et à pathogénie obscure.

Tout d'abord je dois dire qu'à ce dernier point de vue, la plupart des auteurs ayant trouvés dans certains cas de pemphigus des altérations anatomiques de la moëlle [1]) ont admis un certain rapport entre le pemphigus et le système nerveux.

Schwimmer et mon distingué collègue et ami le professeur V. Babès ont signalés une certaine raréfaction de la périphérie de la moëlle. De même ce dernier auteur a constaté dans un autre cas de pemphigus quelques lésions médullaires, surtout dans les cordons de Goll, et les racines postérieures. [2])

Des éruptions bulleuses semblables au pemphigus ont été observés dans le cours des myélites, par Déjerine, Brissaud, Friedreich et par d'autres. Mais ce ne sont pas là que des troubles trophiques, et, pas des cas de pemphigus, maladie individualisée.

De même si dans le zona zoster on a souvent constaté une nevrite, ce que j'ai également observé de mon côté, cela n'a rien à faire non plus avec la dermatose qui nous occupe ici. Cependant ceci prouve une chose, le rapport qui existe entre les manifestations bulleuses et les diverses lésions nerveuses.

Peut-être le cas de pemphigus généralisé précédé du zoster observé par le professeur Schwimmer à la suite d'un fort trauma-

[1]) Prof. Kaposi, Pathol. et trait. des maladies de la peau, 2e édit. française, 1891, p. 816, 817.

[2]) Du pemphigus gangréneux avec les caractères d'une trophonévrose et suivi de septicémie hémorrhagique, voir in Clinica, Nr. 22 de 1er Décembre 1890.

tisme doit-il être mis directement sous l'influence du système nerveux, violement secoué.

Quant à la valeur des lésions de la moëlle qu'on a constaté dans le pemphigus, celle-ci est encore très discutable puisque le professeur Kaposi[1]) qui dit avoir examiné soigneusement et a fond la moëlle de neuf cas de pemphigus terminés par la mort, n'a trouvé que dans un seul cas les lésions anatomiques d'une sclérose diffuse, intéressant également la substance grise et la substance blanche. Bien plus dit cet éminent auteur, dans ce cas le malade était mort dans le marasme, et il était atteint en même temps d'un cancer de la langue avec cirrhose du foie.

On verra plus loin le résultat de nos recherches histologiques, concernant la moëlle de nos trois cas de pemphigus foliacé.

La rélation des lésions nerveuses avec le pemphigus étant par conséquent encore à l'étude, voyons si la pathogénie de cette affection est elle mieux comme au point de vue bactériologique.

Tout d'abord on a cherché l'agent pathogène dans le contenu des bulles du pemphigus, et le plus souvent sauf la présence des éléments figurés du sang on n'a rien rencontré. Ensuite par la perfection de la technique bactériologique on a découvert des bactéries. C'est ainsi que Paul Gibier aurait trouvé des bactéries en forme de chapelet, dans le contenu des bulles, dans l'urine et même dans le sang.

Demme, cité par Kaposi, aurait trouvé de diplococci dans le liquide des bulles et dans le sang, et il aurait obtenu des cultures pures.

Mais la présence de semblables bactéries dans le contenu des bulles ne serait pas de grande valeur, puisque mon ami le professeur Babès[2]) aurait trouvé des streptocoques dans le contenu des bulles, dans un cas qui n'était pas un vrai pemphigus. En outre les cultures obtenues étaient de peu de virulence pour les animaux. Du reste pour mieux comprendre la valeur des bactéries de cette espèce, je reproduit ces quelques mots de mon collègue: »Nous nous demandons si la présence du streptococque dans ce cas doit avoir la même valeur, comme dans d'autres cas examinés par Gibier et par moi, et si en dernier lieu il nous indique quelque origine parasitaire de certaines formes de pemphigus. Je crois que non puisque la peau à l'état sain contient souvent des strepto-

[1]) loco cit.
[2]) loco cit.

cocques, et j'ai observé que des éruptions superficielles de la peau contiennent souvent des microbes pyogènes, qui du reste se rencontre souvent à l'état normal comme par exemple : le staphylococcus aureus ou blanc, le streptococque, sans pouvoir affirmer l'influence du parasite sur la dermatose.« Voici donc le coup porté par un bactériologiste éminent, à la prétendue influence qu'auraient les microbes mentionnés ici pour produire le pemphigus.

Du reste c'est la mon opinion et il est facile de comprendre, il me semble, le peu de valeur qui pourraient exercer les microbes dans la détermination de cette dermatose.

En effet, quand constate-on des bactéries dans le pemphigus? Quand les bulles sont déjà parues, et pas même du premier jour. Or, la cause qui détermine le pemphigus, qui donne lieu à l'éruption bulleuse, doit exister ailleurs, avant l'éclosion de ces éfflorèscences.

Cette cause sans doute que nous ignorons encore, nous devons la chercher je pense toujours du côté du système nerveux; du système nerveux périphérique et vaso-moteur. Mais poursuivons encore l'analyse pathogénique pour voir le dernier mot de la bactériologie sur ce point.

P. De Michele [1]) dit avoir trouvé dans la rate d'un malade atteint de pemphigus chronique un microorganisme qu'il a cultivé bien sur l'agar pur ou glycériné, dans le bouillon et la gélatine. Les cultures sur la gélatine avaient de la ressemblance exacte avec celles du streptococcus pyogènes cereus. Ce même microorganisme a été retrouvé sur les coupes du rein, de la peau, dans le tissu conjonctif sous-cutané, et dans les couches inférieures du derme. L'expérience faite avec ces cultures sur les animaux n'a donné lieu à aucun trouble local ou général. Tout de même l'auteur dit en terminant son travail qu'il est probable que ce microorganisme, qui ne peut-être identifié à aucun de ceux déjà connus, est l'agent pathogène du pemphigus chronique.

Il y a beaucoup à dire sur la valeur de l'agent pathogène découvert par M. Michele, et, j'ai eu l'occasion d'observer de mon côté de semblables microbes, mais sans leur donner de l'importance. Je rappelerai seulement l'opinion de M. Babès que je viens de mentionner déjà sur la présence des certains microbes à l'état sain à la surface de la peau.

[1]) Contribution à la recherche des microorganismes dans le pemphigus chronique. (Giornale italiano delle malatt. vener. e della pelle, Mars 1891, p. 19.)

De son côté M. Feleti (de Catane)[1]) dit avoir trouvé dans le liquide des bulles certains microbes. L'auteur aurait constater dans le sang du même malade atteint du pemphigus chronique, deux espèces de micrococques de dimensions différentes. C'était le staphylococus pyogènes aureus, et un autre staphylococque donnant des cultures d'un blanc laiteux, mais ne déterminant pas de la suppuration en inoculant les animaux. L'auteur soutient que la présence des organismes semblables dans le sang, serait en faveur de la nature infectieuse du pemphigus chronique.

Qu'à la suite des vastes dénudations épidermiques ou épithéliaux qu'on observe d'habitude dans le pemphigus chronique et foliacé, puisse se rencontrer différentes bactéries cela né fait pas ombre de doute. Mais il faut seulement ne pas oublier que ces microbes ne sont préexistants à l'éruption de pemphigus, et c'est ainsi qu'on arrive a ne pas accorder à la présence des microbes dans cette dermatose, qu'un rôle purement secondaire. Ceux-ci pouvant sans doute contribuer par leur multiplication à agraver la maladie, mais sans être capable de la déterminé primitivement.

Mais le professeur Babès dans son étude[2]) alors qu'il n'admet pas l'influence de la plupart des microbes trouvés dans cette affection, donne une grande importance a un bacille fin qu'il a trouvé dans deux de ses cas. Voici ce qu'il dit concernant le premier cas: »Ce microbe avec le staphylococcus aureus ont pu avoir le rôle principal dans la production particulière des éruptions.« Son deuxième cas examiné au point de vue bactériologique n'est autre que le sujet de ma première observation. Dans ce dernier cas l'auteur a trouvé le même bacille que dans son premier cas. Ce bacille il le considère analogue du bacille de la diphthérie mais étant moins pathogène. Pour conclure M. Babès se demande si la forme particulière de ces deux cas ne peut-être due au fait que le pemphigus, qui était d'abord localisé sur la muqueuse buccale, a subi sur cette muqueuse la diphthérisation. Celle-ci imprimant à son tour sa malignité aux éruptions cutanées, qui aurait évoluer autrement comme un pemphigus moins malin. Quoique la particularité de ces deux cas tiendrait d'après Babès de leur origine nerveuse.

L'auteur, en effet, tout en donnant une grande importance aux bacilles qu'il a observés, admet la nature trophonévrotique dans les cas ici mentionnés.

[1]) Congrès de la Société italienne de Médecine interne tenu à Rome en octobre 1890.

[2]) loco cit.

Cependant les cas étudiés par ce savant auteur ne peuvent être considérés ainsi, qu'il le croit, comme devant constituer une nouvelle forme de pemphigus malin, puisque c'est avec ce tableau clinique que se présente en général le vrai pemphigus; et, enfin comme je viens de le dire un des cas examiné par Babès au point de vue bactériologique, fait la première observation de mon travail, et est considéré comme un cas typique de pemphigus foliacé. Mais je suis complètement de l'avis de mon collègue Babès lorsqu'il dit »la particularitée de ces deux cas tient de leur origine nerveuse«. Pour mon compte je crois que cette donnée doit s'appliquer pour tous les cas de vrai pemphigus. C'est du côté du système nerveux en effet comme je l'ai dit plus haut qu'il faudra surtout chercher la cause pathogène de cette hydrodermie spéciale. Mais d'après les résultats des cas déjà publiés, comme d'après l'étude que je viens de faire moi-même, ce n'est plus du côté de la moëlle précisement, mais bien du côté du système nerveux périphérique et ganglionnaire, qui doivent se diriger nos recherches. Ceci étant dit entrons dans l'étude de nos trois observations.

### Observation I. — Pemphigus foliacé. Étude histologique de la moelle, de la peau, de quelques nerfs et ganglions du grand sympathique; du foie, du rein.

Le nommé Israel K . . ., âgé de 43 ans, marié, juif, employé de commerce, entré dans mon service de l'hôpital Colentina le 3 Juin 1890 et meurt le 5 Juin de la même année. Ses parents sont morts à u[illegible] âge avancé, sa mère aurait souffert d'une maladie de la peau. Il [illegible] toujours joui d'une bonne santé; mais il y a seize ans à trois repris[illegible] différentes il eut un petit bouton tantôt sur l'une des ailes du ne[illegible] tantôt dans les fosses nasales, qu'il faisait passer par des cataplasme[illegible] Pendant ce temps il a eu aussi plusieurs fois de l'épistaxis, qui survena[illegible] l'été comme l'hiver assez abondamment. Depuis dix années il a moi[illegible] souvent de l'épistaxis, et en moindre quantité. Il nie tout accide[illegible] vénérien, et nous ne trouvons aucune trace d'une pareille infection. Ma[illegible] à l'âge de vingt deux ans, il a eu huit enfants dont cinq sont enco[illegible] vivants. Ceux qu'il a perdu, n'ont eu aucune éruption sur le corps. [illegible] femme est très bien portante. Le malade nous dit que dans ces dernie[illegible] temps il a eu à souffrir beaucoup dans sa position matérielle ce qui l'a énormement affligé. Sauf ces accidents il s'est bien porté jusqu'au mois de Janvier 1890 lorsqu'il ressentit une douleur à la voute palatine, qui lui causait une certaine gène lorsqu'il avalait. Après un gargarisme qu'un médecin lui ordonna, tout se calma, et notre malade n'y fit plus attention. Cinq semaines après il ressent de nouveau quelque chose qui le gène dans la bouche, et avec la langue il s'aperçoit d'une petite bulle sur la voute palatine. Cette éfflorescence disparaissait bientôt, puis après

s jours une nouvelle bulle apparaissait presqu'au même endroit, on tour s'affaissait sans que le malade s'en aperçoive. De cette : pendant quatre semaines le malade a eu cinq poussées nouvelles emblable éfflorescence. Pendant un mois le malade se porte tout ien; puis de nouveau il ressent une douleur plus aiguë à la u palais, qui augmente pendant la mastication, et qui s'accom- aussi d'une forte céphalalgie. Cet état dure à peu près deux s, puis il s'accompagne d'une tuméfaction de la muqueuse de la alatine et de la luète, avec sa coloration d'un rouge intense. ioment l'acte de la mastication lui est très difficile et douloureux, eut se nourrir qu'avec des substances liquides. Il s'adresse à un ı qui lui préscrit un gargarisme. Bientôt après il s'aperçoit d'une la région de l'ombilic, et, en regardant il constate une excoriation au dit endroit. Il dit n'avoir ressenti aucune démangeaison à gion, ni s'être aperçu de l'existence de quelque éfflorescence. nsultation des médecins ayant constatés l'exsudation de l'ombilic, faction de la muqueuse du voile du palais, et une plaque érosive randeur d'une pièce de cinquante centimes située à la face interne èvre inférieure, lui ordonna comme traitement des frictions avec guent mercuriel, de l'iodure de potassium et du chlorate de comme gargarisme. Après avoir fait quatre frictions il fût atteint orte stomatite, ce qui l'obligea à intérrompre les frictions, et de er le gargarisme préscrit. Il va dans un hôpital de son arron- nt où on luî préscrit de prendre deux cuillerées à soupe de la Van Swieten. Il reprit bientôt les frictions hydrargyriques, en temps qu'on lui fît un pansement iodoformé à l'ombilic.

resta dix huit jours à cet hôpital, pendant ce temps il s'aperçût ques petites bulles aux régions axillaires et sur le thorax. Quatre près leur apparition ces éfflorescences ont séché et disparu, mais n mentionnée de la voute palatine n'avait pas encore cessé. En temps il voit paraître à la partie postérieure du coude du côté ne petite bulle pleine de liquide qui arrivée au volume d'une evait laissant sortir son contenu liquide et à la place une dénu- épidermique. D'autres bulles se montrèrent ensuite aux genoux x côtés. Les médecins qu'il consulte lui recommendent des bains ı soufre. Bientôt après l'éruption bulleuse se généralise peu à is être accompagnée de la démangeaison, mais de cuisson seule- : d'une vive céphalalgie. Avant d'entrer dans mon service ce a fait un séjour de quelques jours à l'hôpital Caritas de notre ı on lui administra de la liqueur de Fowler, des bains au sublimé, e distingué collègue le professeur Babès qui a vu le malade des injections souscutanées, avec de l'acide phénique 10 p. 100 nous avons déjà dit le professeur Babès a fait des cultures avec ductions prises de ce malade et nous avons parlé des résultats s il est arrivé.[1])

tat actuel le jour de l'entrée dans nos salles. Le malade taille moyenne, très amaigri, le facies exprime une grande souf-

Clinica, 15 Decembre 1890, Nr. 23.

france. Se plaint d'avoir mal à la cavité buccale et sur les régions dénudées de l'épiderme. L'appetit est maintenu, mais il dit se nourrir difficilement à cause de la desquamation épithéliale de la muqueuse de la dite cavité. Le cœur fonctionne bien, les organes de la respiration ne présentent rien d'anormal.

Comme éruption il présente : La lèvre inférieure un peu tuméfiée couverte de fissures et de croutelles d'un blanc jaunâtre occupant sa face externe. Le bord libre des lèvres est rouge saignant, et aux commissures des lèvres, on observe une légère sécrétion d'un sâle jaunâtre épaisse, et quelques érosions avec dénudation épithéliales. Ce sont les restes d'une bulle que le malade a eu il y a deux jours.

Des croutelles d'un gris rougeâtre font adhérer entre eux les poils qui constituent la moustache, des croutelles semblables siègent aux orifices des fosses nasales, et à la base du nez. Sous les croutelles de cette dernière région se trouve une petite collection purulente.

A l'angle interne de l'oeil droit une croutelle d'un gris jaunâtre qui s'étend sur le bord orbitaire inférieur dans une étendue de trois centimètres. Par places cette croutelle est couverte d'un liquide séro-purulent. Même croute un peu moins étendue à l'angle interne de l'oeil gauche. Sur le lobule de l'oreille droite on voit de petites croutelles, et une désquamation sèche de l'épiderme.

Au dessus du sourcil gauche on observe une plaque excoriée, entourée d'une mince auréole d'un rouge pâle, et une semblable plaque se trouve au bord externe du sourcil droit.

Au cuir chevelu on constate de même quelques croûtes d'un gris jaunâtre qui font adhérer les cheveux.

Cavité buccale. — Presque toute la muqueuse de cette cavité est dénudée de son épithélium, rouge et saignante. Par points on observe l'intégrité de la couche épithéliale. La langue est rouge, tuméfiée, et douloureuse, et le malade ne peut projeter la pointe de la langue hors de la bouche. Les bords de la langue sont couverts de detritus épithéliaux. La muqueuse de la voute palatine est aussi tuméfiée.

Tronc et membres. — Sur l'abdomen dans la région hypogastrique on observe une plaque de l'étendue de deux pièces de cinq francs en argent réunies, qui représentent une surface rouge saignante avec dénudation de l'épiderme. Les bords de cette plaque sont surmontés d'une légère couche blanchâtre formée par l'épiderme macéré, et par quelques zones d'une sérosité sale grisâtre. En dehors cette vaste plaque est limité par un mince cercle rouge.

De même on constate une vaste plaque semblable qui, commençant à deux travers de doigts au dessous du mammelon du côté droit, descend en bas jusqu'à la région épigastrique. Les bords de cette plaque sont réguliers sur une certaine étendue, et, irréguliers sur d'autres points. A sa surface on voit par place des detritus épithéliaux d'un blanc jaunâtre faisant un certain rélief.

Au dessous du mammelon gauche en descendant en bas on voit trois surfaces rouges saignantes avec dénudation de l'épithélium, ayant de trois à quatres centimètres de diamètre. Ici on voit encore bien les races des bulles. En effet à la périphérie de ces surfaces rouges on

ate encore l'épiderme en exfoliation et une certaine humidité de zone. Tout au tour il y a un cercle rouge.

Au dessus du milieu de la région axillaire droite on voit une grosse comme une noix, flasque, qui laisse, lorsqu'on la perce, iler un liquide trouble purulent. L'examen microscopique de ce nu a été négatif pour les microbes. Il a démontré l'existence de lles de pus et des éléments épithéliaux.

Le bras et l'avant bras droit présente une vaste dénudation de erme. En effet sauf la face externe du bras, et la face postérieure ıvant bras où l'épiderme est intact, sur, presque toute l'étendue de embre en commençant à deux travers de doigt de la région axiljusqu'à un centimètre de l'articulation du poignet, l'épiderme est lètement enlevé. Cette surface a un aspect rouge saignant, le derme mis en évidence. Au niveau du coude il s'écoule même du sang tte surface ainsi dénudée de son épithélium. Les parties extrèmes tte plaque sont limitées par de l'épiderme macérée. De même par cette surface est couverte de minces croutelles d'un gris jaunâtre. la région axillaire droite l'épiderme est exfolié, on constate des elles et une sécrétion séro-purulente. Les ganglions de cette région un peu tuméfiés.

Le bras et l'avant bras gauche présente les mêmes lésions que le ore correspondant du côté droit.

Membres inférieurs. — Sur la face antérieure de la cuisse droite iste une bulle flasque, grosse comme une noix en partie vidée de contenu liquide. A travers la couche mince épidermique qui forme arois de cette bulle on aperçoit le derme d'un rouge vif. Un peu bas il existe deux placards, en partie rouges saignants avec perte ı couche épidermique, sur quelques points de ces surfaces l'épiderme e encore. Ces placards ont de six à huit centimètres de diamètre, t les bords rouges en partie réguliers, ailleurs surélévés de crou- s sèches jaunâtres. A la face interne de cette même cuisse on ob- : un autre placard comme une pièce de cinq francs en argent, rouge iant en son milieu, limité à la périphérie par l'épiderme exfolié, ue. Au dessous de cet épiderme flasque, il y a une petite collection purulente. A la surface de ce placard, on observe quelques crou- s d'un blanc gris jaunâtre, et quelques petits points secs. Au dessus jenou droit, dans l'espace qui s'étend de la face antérieure à la face ne, on constate une surface rougeâtre, de huit centimètres de dia- e, dénudée de l'épiderme, à bords ronds bordés d'une ligne rouge, ır places des détritus épidermiques, et des petites croutelles. A la e déclive de ce placard on observe l'épiderme flasque, couvert d'une ité jaunâtre. Sur la surface de ce placard on voit une petite sèche.

A la face interne de la jambe droite, on voit de même une plaque me ovale et de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent. plaque est dénudée de l'épiderme, d'une coloration rouge blanchâtre, ésente en son milieu, une petite zone d'épiderme nouvellement :. Les bords de cette plaque sont limités d'un cercle rouge inflam- re, surélévé d'une mince couche d'épiderme blanchâtre, œdematiée,

suintant du liquide séro-purulent, lorsqu'on a comprimé légèrement avec les doigts.

A la face postérieure de la cuisse de ce même côté on trouve quatre plaques semblables, mais chacune plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent. Deux de ces plaques communiquent entre elles. Les surfaces de ces plaques sont rouges saignantes, par places couvertes d'une légère couche crouteuse. Les bords de ces plaques ont le même aspect que ceux des autres déjà décrites. La surface de quelques unes de ces plaques semble en voie de déssication. Plus bas une autre plaque qui s'étend vers la face interne de la cuisse, à bords limités par un cercle rouge. A la surface de cette plaque et surtout à sa partie déclive on voit encore le restes d'une bulle flasque, qui contient un peu de liquide purulent.

A la face interne de la malléole gauche, on trouve les traces d'une bulle volumineuse avec les parois crevées et son liquide évacué. Un cercle rouge inflammatoire fait le tour de cette éfflorescence. Au dessus de la malléole gauche une plaque ovale plus grande que la malléole formée par une dénudation, et en partie par un soulèvement de l'épiderme. L'aspect d'une partie est rouge saignante, et l'éfflorescence est limitée à la périphérie par un cercle rouge.

Au dessus du genou gauche on trouve les traces d'une autre bulle assez grande limitée par un contour rouge à la périphérie. A sa surface cette éfflorescence présente quelques croutelles sèches, grisâtres et elle s'étend vers la partie interne de la cuisse. Une autre éfflorescence, avec les mêmes caractères, s'observe à la partie moyenne et interne de cette dernière région, la surface de cette plaque est complètement dénudée de l'épiderme. De même toujours à la partie interne de la cuisse un peu plus haut on constate une plaque grande comme deux pièces de cinq francs en argent. La surface de cette plaque est en partie rouge saignante par la dénudation épidermique, en partie couverte de croutes d'un blanc grisâtre. Les bords de cette plaque sont réguliers et presque ronds.

Enfin des traces de bulles s'observent disséminées sur le dos, entre les épaules, la région lombaire, et les fesses. De sorte que le décubitus dorsal, ou lorsque le malade veut s'asseoir dans son lit lui cause beaucoup de douleur.

L'examen chimique et microscopique de l'urine ne montre rien d'anormal.

Je préscris le traitement suivant:

1°: Pansement avec de la vaseline boriquée, morphinée.
2°: Hydrate de chloral pour prendre le soir, le malade ayant l'insomnie.
3°: Des pilules avec du fer et de la quinine.
4°: Une limonade citrique, et un café avec de la teinture canelle. Le malade accuse une soif vive.
5°: Un gargarisme avec du chlorate de potasse.
6°: Bains chauds à 29° prolongés, chaque jour.

Quelques jours après le traitement le malade se trouve mieux, l'état :sions cutanées parait satisfaisant.

16 Juin. — Le malade a de la diarhée, et se sent faible. Je ime la limonade citrique, et je la remplace par une tisane de bo, avec du sirop de ratanhia. On continue les autres ordonnances ites le premier jour.

17 Juin. — Le malade se plaint de ses douleurs de la cavité le, il se nourrit avec peine. Je préscris un gargarisme avec de la mille et 0·10 de cocaïne. La diarhée persiste. On suit le traitement ıé précédemment.

19 Juin. — Les plaques dépourvues de leur épiderme vont pour ıpart vers la cicatrisation, mais pas sur toute leur surface. Sur la dorsale de la main gauche on voit deux nouvelles bulles, qui :nt de paraître. La diarhée continue, rebelle, elle ne cesse pas l'influence du salicylate de bismuth, avec du naphtol et de la ıine; du bismuth, tannin, colombo, noix vomique reste sans aucun J'ajoute de l'eau de chaux à son lait, et une infusion de menthe :e avec de l'acide lactique; et du sirop d'opium pour tisane.

Cette diarhée affaiblit beaucoup le malade de sorte que même au malheureux n'est pas à son aise.

Cet état continue, et à partir du 26 Juin, on constate que le le a un peu de fièvre. Temp. m. 37·5°, temp. s. 38·5°. L'état de sse et la diarhée se maintiennent, le malade ne peut plus se nourrir, traitement reste impuissant, le malade meurt le 5 Juillet dans un le marasme.

Nécropsie. — Elle est faite 24 heures après le décès. L'habitus eur présente les lésions décrites. Les surfaces dénudées sont sèches, eminées.

Cavité thoracique. — Les poumons retirés vers la gouttière -vertébrale. Leur face antérieure anémiée, tandis que leur face rieure est congestionnée. Par la section il sort un liquide séro ıinolent aéré. Au sommet du poumon droit on constate trois petits cules, dont un rammoli au centre.

Le cœur. — Myocarde décoloré, jaunâtre, flasque, et friable. Dans 'entricules des caillots actifs et passifs, se prolongeant dans les :aux du cœur. Les valvules normales.

Le Foie augmenté de volume, il a une coloration d'un jaune :re, il parait dégénéré.

Rate. — Volume normal, capsule mince, par la section la pulpe organe parait d'une faible consistance. Couleur presque normale.

Reins. — Paraissent diminués de volume, la capsule s'enlève ment. La substance corticale est un peu amincie. Par la section ɔnstate qu'ils sont un peu sclérosés.

Pancréas. — Rien d'anormal.

Estomac, Intestins. — La muqueuse est très congestionnée, ıt celle du gros intestin.

Quelques ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Vessie, et prostate ne présentent rien d'anormal.

Cavité cranienne. — Les méninges un peu anemiées, de même la substance du cerveau. Rien d'anormal à la base de l'Encéphale.

Moëlle épinière. — Elle ne présente rien à l'œil nu, seulement par la palpation légère avec les doigts on s'aperçoit qu'elle est peu consistante.

On a pris pour l'étude histologique les organes ci après mentionnés : Moëlle épinière avec les racines spinales, les ganglions cervicaux du grand sympathique, des fragments du foie, des reins, du cœur, de l'aorte, et de la peau.

Ces organes ont été durcis dans la liqueur de Muller, alcool, et acide osmique.

Comme j'ai été en congé au moment de la nécropsie de ce cas, on n'a pas retiré la moëlle avec les ganglions spinaux.

Examen histologique — Moëlle. C'est à grande peine qu'on a pu obtenir son durcissement, quoiqu'on ait changé régulièrement le liquide de Muller. De sorte que pour obtenir des coupes, j'ai du me servir avant chaque coupe de l'application d'une goutte de célloidine sur le fragment à couper. Les préparations ont été colorées avec le picro-carmin seulement, les pièces étant fragiles ne pouvaient supporter la méthode de Pal ou de Weigert, ni aucune méthode à double coloration.

Région lombaire supérieure. — Vue à un petit grosissement ocul. No. 1, obj. IV Verick on constate : 1° à la périphérie des cordons postérieurs, on voit, un grand nombre de corpuscules ronds, hyalines fortement colorés en rouge, ayant de 6—8 μ, irrégulièrement disséminés. L'arteriole qui se trouve dans le septum postérieur est hyperémiée, à parois légèrement épaissies, et entourées d'une couche mince de cellules rondes embryonaires. Cette lésion vasculaire est encore plus intense dans l'artère, qui siège sur le trajet des trabécules conjonctifs, qui séparent la zone radiculaire des cordons de Goll. L'infiltration de cellules embryonaires se propage le long des cloisons conjonctifs de certaines régions de cette préparation.

De leur côté les cordons postérieurs présentent des pointillés rougeâtres qui constituent des petits ilôts de sclérose. En conséquence il s'est produit une raréfaction, et une dégénérescence des fibres nerveuses de ces endroits. Cette lésion d'hyperplasie névroglique présente un caractère difus, et doit être rapportée probablement à la lésion des vaisseaux. La lésion est de beaucoup plus prononcée dans la région lombaire moyenne, et c'est ici qu'elle intéresse de préférence la partie postérieure des cordons de Burdach. Si l'on veut se rapporter à la nomenclature de Flechsig, alors on peut dire que la lésion est cantonnée dans ce que cet auteur appelle : »hintere mediane Wurzelzone« et »hintere mediale Wurzelzone«. La partie externe de la zone de Lissauer est également atteinte, quoique à un moindre dégré. Notre attention a été attirée, d'une manière spéciale par la présence de cellules embryonaires, qui forment des trainées le long des vaisseaux et des septas. Ici c'est une lésion par trop caractéristique en ce qui concerne la sclérose vasculaire. Aussi remarque-t-on dans la préparation une espèce de manchon d'éléments cellulaires autour de certains vaisseaux. De même je

dois noter la présence d'un certain nombre de globules hyalines de 8 à 10 μ dans la même région.

Dans les racines postérieures on remarque un bon nombre de fibres nerveuses dégénerées, et beaucoup de corpuscules hyalins, à la surface des faisseaux altérés.

Dans les cordons antéro-latéraux, et surtout à leur périphérie, il est facile a décéler des lésions analogues. Cependant elles ne sont pas aussi prononcées. Quant aux cornes antérieures, il m'a semblé qu'elles étaient intactes. Dans la racine antérieure on remarque quelques fibres nerveuses dégénerées. Les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés, hyperémiés, et on remarque un grand nombre de globules rouges épanchés. Les vaisseaux de chaque côté de l'épendyme sont dilatés, le canal épendymaire lui même présente des cellules en prolifération, qui l'oblitèrent.

Région cervicale. — Presque pas des altérations anatomiques.

Région dorsale. — Même lésions que dans la région lombaire.

Nerfs. — Après la fixation des nerfs, saphène tibial et un fragment du musculo-cutané du bras par l'acide osmique on a fait la dissociation.

Les préparations colorées par le picro-carmin, examinées dans la glycérine, nous ont fait voir quelques fibres nerveuses où la myéline présentait une fragmentation sous forme de sphères, donnant un aspect moniliforme. Ailleurs on n'a rencontré que deux à trois sphères de myéline sur une très grande étendue de la fibre nerveuse, et ailleurs le cylindre axe même était disparu. De même on rencontre plusieurs cylindres axes dépourvus de toute gaîne de myéline. La dissociation des racines postérieures, nous a montré plusieures fibres avec prolifération des noyeaux.

Peau. — Les préparations ont été traitées par l'or et la safranine. Dans celles avec l'or on rencontre un grand nombre de cellules étoilées noires, faisant un réseau à la surface de la couche Malpighienne. Dans celles avec la safranine on constate : la couche cornée est amincie, et très rouge foncée par la safranine, par places cette couche est en voie de désquamation. Le reseau Malpighien forme des prolongements d'inégale grandeur, mais en général plus grandes; parmi lesquels quelques uns pénètrent profondément le derme, d'autres au contraire sont petits, et composés d'un nombre restreint de cellules épithéliales. Les cellules épithéliales périphériques, formant les prolongements papillaires, contiennent des noyaux granuleux fortement colorés, tandis que celui des cellules centrales est vacuolaire, incolore, et entouré de granulations d'éleidine.

Au milieu de la plupart des prolongements papillaires on trouve formations concentriques, très colorés en rouge foncé, de grandeur able, et qui consiste pour la plupart en des cellules épithéliales en e d'involution. Il est à remarquer en même temps que certaines de formations, ont tout à fait l'aspect, et la structure des éléments rits, sous le nom de psorospermes. Les prolongements papillaires t parcourues dans une grande partie de leur trajet par des bouchons,

qui ont l'air d'être une involution de la couche cornée, ou une kératinisation de la partie moyenne des dits prolongements papillaires.

Les papilles sont de forme variable, suivant en cela les prolongements épithéliaux. Elles sont infiltrées d'un grand nombre de cellules embryonaires qui sont tantôt libres, tantôt suivent le trajet des vaisseaux. L'infiltration des cellules embryonaires se rencontre non seulement autour des vaisseaux sanguins, mais il y quelques vaisseaux dans la partie profonde du derme, qui sont en partie remplies par des semblables cellules. Ces mêmes cellules se trouvent aussi disséminées à la surface du derme dans une grande étendue. Une accumulation de cellules semblables, se trouve également entre les ségments des glandes sudoripares.

Sur d'autres endroits les sections de la peau font constater la disparition totale de la couche épidermique. A la place des prolongements papillaires on voit une surface rouge foncé, qui contient quelques éléments cellulaires, et quelques cavités sinueuses, irrégulières, remplies d'une masse homogène d'un rouge jaunâtre, dans lesquelles on ne décèle aucun élément figuré. Les fibres conjonctifs dans ces mêmes régions sont plus colorées qu'ailleurs.

Dans d'autres préparations les vaisseaux du derme sunt excessive-dilatées, hypérémiés, distendues par du sang au point de simuler un réseau caverneux. Ces vaisseaux remplies de sang s'étendent jusqu'au dessous immédiatement de la couche épithéliale. De même autour de la plupart de ces vaisseaux on observe des cellules embryonaires.

G a n g l i o n c e r v i c a l d u g r a n d s y m p a t i q u e. Un certain nombre de fibres à myéline des faisceaux nerveux qui traversent le ganglion sont dégénérées. Quant aux cellules ganglionnaires même, quoiqu'elles semblent altérées, étant donné cependant l'état variable de ces cellules chez des individus bien portants, il est bien difficile de se faire une opinion des altérations cellulaires mentionnées. Les vaisseaux sanguins ne présentent rien d'anormal.

F o i e. — La configuration normale du lobule est tout à fait changée, parceque presque chaque lobule est entouré à la périphérie par une zone blanche, ou très peu colorée, qui à un plus fort grossissement consiste en des cellules en dégénérescence graisseuse, tandis que le centre de ces lobules représente une zone rouge bien colorée dans laquelle les cellules du foie sont presque sans altération. La veine sus-hépatique est le plus souvent dilatée, et ses parois infiltrés quelquefois par des cellules embryonaires. Le tissu interlobulaire est par place hyper-plasié, et contient un grand nombre de canalicules biliaires. La capsule de glisson est épaissie uniformément. Il s'agit en somme d'une hépatite graisseuse partielle avec la participation modérée de la capsule, du tissu conjonctif interlobulaire, et de canalicules biliaires.

R e i n. — La partie superficielle de la capsule du rein est colorée en rose par la safranine, tandis que sa partie profonde est d'un rouge foncé, et contient un grand nombre de leucocytes. Les cellules des tubes contorti ne se colorent pas par la safranine, leur contour est mal délimité, leur protoplasma renferme des granulations jaunâtres, et c'est à peine si l'on peut distinguer leurs noyaux. La capsule de Bowmann est normale, tandisque les anses glomérulaires sont parsémées de cellules

ıdes. Dans quelques unes des anses de Henle on observe des cylindres loïdes. Certains glomérules qui siègent à la periphérie sont atrophiés. même temps on remarque à la périphérie du rein des trainées de lules embryonaires.

Dans certains tubes droits on remarque des masses de globules uges de sang détruits.

Il s'agit par conséquent d'une néphrite diffuse plutôt corticale ıb-aiguë.

Comme on vient de le voir la marche de la maladie dans ce as a été plus que rapide, puisque en moins de six mois l'éruption e généralisa. La diarhée rebelle, et peut être une auto-intoxicaion, puisque le foie était en dégénérescence graisseuse, ont sans loute contribué à enlever si vite le malade. D'un autre côté il ne faut pas oublier que le malade présentant des lésions sur la muqueuse bucale et même pharyngienne, il ne pouvait pas se nourir que fort difficilement. Enfin je dois noter l'abattement moral du malade qui n'a pas pen contribué à lui épuisez ses forces.

Comment pourrait on expliquer la généralisation de l'eruption dans un si court laps de temps? Peut être que le traitement mercuriel, et de l'iodure de potassium qu'on a administré dès le commencement à ce malade, puisqu'on avait diagnostiqué la syphilis buccale, n'ont pas peu influencé la poussée des éfflorescences. Je dirais la même chose des bains sulfureux qu'on a fait prendre au malade. Du reste, malheureusement, j'ai eu l'occasion de constater qu'on recommande souvent les traitements les plus énergiques, pour des cas où l'on doit éviter la plus légère excitation de l'organisme, et si l'on vent bien agir, lorsqu'on n'est pas sur de son diagnostic, c'est de n'appliquer que des poudres inertes sur la pluspart des éruptions de la peau. Quant aux conclusions à tirer des lésions histologiques concernant ce cas, elles seront émises à la fin de ce travail.

Obs. II. — Pemphigus foliacé. Etude histologique de la moëlle, des ganglions spinaux, des racines et de quelques nerfs périphériques.

La nommée Minna L. . . agée de 47 ans, mariée, lingère juive, entre dans mon service de l'hôpital Colentina le 28 mai 1891, et meurt le 1er juin, c'est-à-dire quatre jours après son entrée.

L'histoire de sa maladie est la suivante : Les antécédents du côté de ses parents, comme ses antécédents personnels n'ont aucun rapport, avec sa maladie actuelle. C'est une femme d'une constitution au dessus de la moyenne, amaigrie, avec une apparence de souffrance profonde, à peine pouvant marcher, et se tourner dans son lit.

Dans sa vie elle dit avoir souffert de paludisme avec des céphalalgies fréquentes, et aurait eu aussi la fièvre typhoïde. Elle s'est bien portée dans ces dernières années, et le mal qui l'amène dans nos salles a commencé depuis une année de la manière suivante.

Tout d'abord après une certaine malaise et de peu de fièvre, elle sent une gêne dans la bouche, de la cuisson, et en se regardant dans le miroir vit plusieures petites bulles sur différentes régions de cette cavité, les unes déjà en partie crevées. En remuant sa langue dans la bouche elle pouvait se rendre compte de la situation de ces bulles. Dès l'apparition de ces éfflorescences dans la cavité buccale; l'acte de la mastication devenant difficile, c'est avec du lait le plus souvent, qu'elle pouvait se nourrir. A cette même époque, elle eut un saignement par les narines, assez abondant. Quelque temps après (la malade ne peut préciser), après une vive sensation de cuisson, des semblables bulles apparaissent à la partie interne des deux bras. Ces bulles, qui au début avaient le volume d'un pois, arrivaient aux dimensions des noix après quelques jours, sans être trop distendues par le liquide. Bientôt elles crevaient, le liquide s'écoulait, l'épiderme s'exfoliait en laissant des parties denudées, rouges, à leur place. Puis de nouvelles bulles apparûrent tantôt sur une région, tantôt sur une autre, jusqu'à généralisation complète.

A son entrée avec l'amaigrissement mentionné, la malade se plaint de manque complet d'appetit, de douleurs sur toutes les surfaces dénudées, et de la difficulté qu'elle éprouve pour ouvrir la bouche. Les organes abdominaux, et thoraciques, ne présentent rien à signaler. Notre examen nous fait voir : sur la voûte palatine une surface rouge sanguine, dénudée de son épithélium sur une étendue de deux centimètres, à bords ronds, irréguliers. Du reste semblables dénudations épithéliales s'observent sur plusieurs endroits de la muqueuse de la cavité buccale. Les bords et la pointe de la langue, présentent le même aspect. La malade remue difficilement la langue, à cause des douleurs, qu'elle ressent. L'haleine est fétide. Les gencives sont sanguinolentes. La lèvre inférieure en commençant par sa face interne, et en s'étendant sur la face externe d'un travers de doigt, présente une dénudation épithéliale, épidermique, avec une coloration rougeâtre, et couverte de détritus épithéliaux. Les mêmes lésions existent sur la lèvre supérieure, en s'étendant jusqu'aux commissures labiales.

Par la bouche s'écoule un liquide sâle, jaunâtre de quel la malade se débarasse difficilement. La muqueuse des fosses nasales est rouge saignante. A l'angle interne de l'oeil gauche, comme au même angle de l'oeil droit s'observe une surface excoriée, rougeâtre, couverte de sang, qui s'étend sur le bord de la paupière inférieure. Sur la partie latérale de l'oeil gauche, se trouve de même une surface rougeâtre, sanguinolente, à bords irréguliers, ayant une étendue de deux centimètres. Sur le lobule, et le pavillon de l'oreille, tant à droite, qu'à gauche, s'observe aussi des dénudations épidermiques dans une étendue de deux à trois centimètres.

Le cuir chévelu présente sur plusieurs endroits, des croutes épaisses, jaunâtres, qui laissent à leur place, lorsqu'on les enlève avec une spatule, des surfaces rouges grandes comme un pois.

A la partie gauche de l'occiput on voit une plaque rouge saignante, nudée de l'épiderme, à bords irréguliers, ayant un diamètre de dix ntimètres en longueur sur six en largeur.

Sur la région deltoïdienne gauche, s'observe une semblable plaque, ouge saignante, avec dénudation épidermique, ayant six centimètres en ongueur, et trois en largeur, avec les bords irréguliers, entourés d'un eger cercle rouge. Une autre plaque, de même aspect commence à un travers de doigt de la région axillaire gauche, et s'étend en occupant la face interne du bras, et de l'avant bras de ce côté, jusqu'à l'articulation radio-carpienne. Sur cette surface saignante on voit des petites élévures rougeâtres, qui sont les papilles dermiques.

La région deltoïdienne droite, présente aussi une surface dénudée, rouge, couverte en partie d'une épaisse croute d'un jaune sâle, ayant la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, à bords toujours irréguliers. Une autre plaque très grande, de même aspect, occupe la circonférence du bras, et de l'avant bras droit, et s'étend jusqu'à l'articulation du poignet. Sur cette surface on voit quelques petits points, où l'épiderme existe encore. Les bords de cette plaque sont sinueux, et surmontés d'une légère couche épidermique.

Sur les régions inguinales on constate quatre plaques semblables, variant du volume d'une pièce d'un franc jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs en argent. De la surface de ces plaques rougeâtres, s'écoule une sécrétion jaunâtre empesée.

A la partie supérieure et interne de la cuisse droite, on constate deux plaques, avec dénudation complète de l'épiderme, avec l'aspect des autres déjà mentionnées, occupant une le côté interne, et l'autre le côté externe de cette région. Ces plaques ont une étendue de six à douze centimètres. Un peu plus bas au dessus de genou de ce côté, même plaque saignante ayant 15/8 centimètres de diamètre. Les bords de cette vaste plaque sont sinueux, et surmontés d'une légère couche épidermique blanchâtre.

A la partie supérieure et interne de la jambe correspondante se trouvent deux petites plaques de même aspect, séparées entre elles par de la peau saine dans une étendue de quatre centimètres.

Au dessus du genou gauche, comme à la partie interne et externe de cette région on constate trois plaques semblables, suintant une sécrétion d'un rouge jaunâtre. Elles ont de quatre à sept centimètres de diamètre.

Sur la jambe correspondante plusieurs petites plaques de même aspect. Plus bas s'étendant jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, on constate une plaque rougeâtre sans épiderme ayant 14/6 centimètres de diamètre. Sur cette plaque on voit quelques petits points où l'épiderme n'est pas dénudé.

Sur le thorax on voit plusieures surfaces rouges, dénudées de l'épiderme, variant de deux à trois centimètres de diamètre.

A la région épigastrique une autre plaque présentant le même aspect à forme triangulaire, à bords réguliers ayant 6,8 centimètres de diamètre.

Plus bas sur la peau du ventre une plaque avec dénudation épidermique, saignante à bords irréguliers ayant 6/4 centimètres de diamètre.

L'ombilic est compris sur cette surface lésée. Sur les parties latérales de l'ombilic on constate quatre petites plaques où l'épiderme est de même dénudé.

Toutes ces plaques sont le résultat de la déchirure de bulles existantes. Ces bulles n'ont jamais été bien distendues par le liquide, elles crevaient un jour, rarement deux jours après leur apparition. Chaque poussée nouvelle était précédée de frisson, de fièvre, d'abattement. La malade à son entrée dans notre service avait une diarrhée qui durait depuis plusieurs jours, ce qui augmentait encore son état lamentable. Je lui institue le traitement suivant:

1 Saccharine } Bicarbonate de soude } . . . . . . 1 gramme
Infusion de Cammomille . . . . . 300 grammes
pour gargarisme.

2 Infusion de Menthe poivrée . . . . 1000 grammes
Sirop de ratanhia . . . . . . . . 50 grammes
f. s. a. tisane à boire.

3 Sulfate de quinine . . . . . . . . 1·25 grammes
Jodoforme . . . . . . . . . . 0·20 centigr.
Chlorhydrate de morphine . . . . 0·02 centigr.

Extrait de gentiane q. s. pour faire 10 pilules à prendre une pilule d'heure en heure.

4 Acide borique } Thyol } . . . . . . . . . . à 10 grammes
Lanoline . . . . . . . . . . . 50 grammes
Vaseline . . . . . . . . . . . 200 grammes

Pour faire le pansement, et enveloppement avec de la ouate.

5 Eau de chaux . . . . . . . . . 200 grammes
pour mettre dans le lait préscrit pour la nourriture.

Le 30 Mai. — La diarrhée, et l'affaiblissement persistent, la malade se plaint de ses douleurs, surtout lorsqu'on lui fait son pansement.

Temp. du matin 38·5°, soir 39°; pouls 85, faible.

Je préscris:

1 Sous-nitrate de Bismuth . . . . . 6 grammes
Naphtol β . . . . . . . . . . . 2 grammes
Chlorhydrate de morphine . . . . . 0·02 centigr.
f. s. a. 6 paquets semblables.

2 Infusion de Menthe poivrée . . . . . 500 grammes
Sirop de ratanhia . . . . . . . . 50 grammes
f. s. a. tisane à boire.

| 3 | $D^{ct}$ de quinquina . . . . . . . . | 150 grammes |
|---|---|---|
| | Éther sulfurique . . . . . . . . . | 4 grammes |
| | $T^{re}$ de canelle . . . . . . . . . | 50 grammes |
| | Sirop d'écorces d'oranges amères . . | 50 grammes |

f. s. a. par cuillerée à bouche.

On continue le même gargarisme, et de l'eau de chaux pour mettre dans son lait.

Le 31 Mai. — État de plus en plus grave, affaiblissement extrème, insomnie, inappétence complète. On répète la même ordonnance que le jour précédent.

1er Juin. — La malade a passé une très mauvaise nuit, elle ne repond plus lorsqu'on lui adresse la parole. Temp. matin 39°, pouls filiforme 85 à la minute. Respiration 24.

Elle meurt dans la matinée à 8 heures.

Étant réclamée par la famille je ne puis faire la nécropsie complète. Tout de même nous avons pu prendre la moëlle épinière avec les ganglions spinaux, et les racines spinales; les nerfs médian, et sciatique.

Nerfs. — Les préparations du nerf médian, partie moyenne, traité par la méthode de Marchi, montre que la myéline de la plupart des tubes réagit d'une manière normale. Dans quelques faisceaux nerveux il semble que les fibres sans myéline sont augmentées de nombre, mais ce qui nous attire l'attention dans ces préparations, c'est l'hyperplasie de la gaîne lamélleuse, qui envois quelquefois de cloisons beaucoup plus épais à l'intérieur des fascicules nerveux. A la face interne de la gaîne lamélleuse, on remarque dans quelques fascicules des zones semi-lunaires plus ou moins étendues, colorées en rose par le picro-carmin, tandis que la gaîne elle même est très fortement colorée en rouge. Ces zones sont constituées par un tissù lamellaire qui renferme quelquefois de petites cellules plates, et quelques traces de fibres nerveuses atrophiées. Ces zones sont relativement riches en vaisseaux sanguins. Nous nous démandons si l'épaississement mentionné ici, de la gaîne lamellaire doit être considéré comme un fait pathologique, ou bien si c'est là une disposition normale tenant à l'endroit, d'où le nerf a été pris pour l'étude.

Nerf sciatique. — On a pris un fragment dans la région fessière. Durci par la liqueur de Muller, et traité également par la méthode de Marchi. Dans ces préparations on observe : la capsule du nerf est normale. Le tissu conjonctif interfasciculaire n'est pas augmenté, par contre les vaisseaux qui se trouvent pour la plupart offrent des lésions manifestes d'endartérite, qui arrive quelquefois à l'oblitération complète des vaisseaux, par la prolifération de la gaîne interne, et de la couche endothéliale.

Les petits vaisseaux, qui sont situés à l'intérieur des fascicules nerveux, ont leur parois épaissies. Quant aux fibres nerveuses, il semble que les fibres minces sont plus nombreuses.

Racines antérieures. — Les pièces traitées par le picro-carmin, et la dissociation nous montrent quelques rares fibres où la myéline est fragmentée sous forme de bulles sphériques, et quelques gaînes vides.

Racines postérieures. — Ne présente pas des altérations.

Les racines nerveuses. — L'examen histologique des racines nerveuses, en section transversale, au dessous des ganglions spinaux à la région lombaire, coloré au picro-carmin, nous fait voir à l'intérieur des faisceaux nerveux, et surtout à leur périphérie, la présence de zones rougeâtres qui examinées à un fort grossissement sont constituées par des fibres minces, avec très peu de myéline, ou sans myéline, et qui représente probablement des fibres nerveuses, en voie d'atrophie Les trabécules conjonctifs, qui pénètrent les faisceaux nerveux de ces racines sont légèrement hypertrofiées. La plupart des petits faisceaux nerveux, qui occupent le tissu graisseux de ces racines, se présentent avec des fibres nerveuses en voie d'atrophie. Les parois des vaisseaux sont pour la plupart à l'état normal, mais dans le tissu graisseux de ces racines on rencontre de petits foyers hémorrhagiques discrets.

Ganglions spinaux. — Région cervicale. — L'examen d'une vingtaine de coupes de ganglions de cette région, nous a montré l'intégrité des fibres à myéline. Quant aux cellules ganglionnaires elles mêmes, nous avons rencontré par ci, par là à la surface de quelques cellules, une prolifération des noyaux de la capsule de ces cellules.

Région dorsale. — De même nous avons examiné aussi une vingtaine de coupes, et nous avons trouvé que peut-être le nombre de fibres minces à myéline de ces ganglions soient plus nombreux.

Quant aux vaisseaux de ces ganglions, on observe l'épaississement concentrique de leur parois.

Les Nerfs intercostaux. — Nous avons examiné quelques coupes des nerfs intercostaux, et nous avons constaté que la gaîne lamellaire, et le tissu conjonctif intra, et intrafasciculaire ne présentent rien d'anormal. Les fibres minces à myéline paraîssent plus abondantes. Il y a même des faisceaux nerveux qui renferment un plus grand nombre de ces fibres minces, qui peut-être sont des fibres atrophiées.

Moëlle. — Région lombaire. La pie-mère présente une légère infiltration de cellules embryonaires, qui se prolongent également dans le septum antérieur. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et gorgés de sang.

Les racines antérieures ne présentent pas d'altérations. Les cellules des cornes antérieures se présentent avec leur aspect normal, de même que le réseau de fibres qui se trouve dans ces cornes. Les cordons antéro-latéraux sont indemnes de lésions anatomiques. Les racines postérieures ne présentent pas des alterations, au moins en ce qui concerne les fibres grosses, tandis que la zone de Lissauer semble raréfiée. Les fibres rayonnantes qui pénètrent les cordons, et les cornes postérieures paraissent modérement atrophiées. Les fibres des commissures sont normales. Le canal central est oblitéré par des cellules en prolifération.

Région dorsale. — On constate une légère infiltration de la pie-mère. La substance grise (cornes antérieures, cornes postérieures,

colone de clarke) ne présente pas des altérations. L'infiltration cellulaire du septum antérieur existe également dans cette région. Les racines antérieures et postérieures sont indemnes de lésions, seulement les vaisseaux des racines antérieures sont légèrement épaissis. Pas des lésions de la substance blanche. Le canal de l'épendyme est de même ici oblitéré par ses cellules en prolifération.

Dans la colonne de Clarke tant les cellules, que les fibres sont indemnes de toute altération. Les vaisseaux de la substance blanche sont légèrement épaissis.

Région cervicale. — La pie-mère présente toujours une infiltration légère et diffuse. Les racines postérieures sont normales, les vaisseaux un peu hyperémiés de même que dans la pie-mère.

Les cordons de Burdach, à leur partie postérieure, présentent une légère zone de sclerose. Les fibres des commissures sont normales. La substance grise des cornes antérieures et postérieures est normale. Les cordons antéro-latéraux sans altérations.

Dans ce cas je relève un fait commun observé dans nôtre première observation, à savoir le commencement de l'affection par la cavité bucale, la marche un peu moins rapide de la maladie, puisque la malade à survécue pendant une année à ses souffrances. L'affaiblissement, et la perte graduelle des forces par la difficulté de pouvoir se bien nourir. Ici toujours la diarhée a accéléré la marche, et a été probablement cause de la mort. On verra à la fin de ce travail les conclusions rélatives à l'étude histologique des lésions trouvées dans les organes examinés.

Obs. III. — Pemphigus foliacé très généralisé. Étude histologique de la moëlle épinière. Ganglions et racines spinales, de la peau, de la plupart des nerfs et des viscères : foie, rein, cœur.

Le nommé J. Fl. . . ., âgé de 28 ans, non-marié, instituteur de village, est entré dans mon service de l'hôpital Colentina le 12 Juin, et meurt le 6 Septembre 1891.

Anamnèse. — Le malade déclare que ses parents se portent bien. Son père aurait eu un érysipèle de la face il y a douze ans. Sa mère aurait souffert de la variole, il y a vingt quatre ans. Deux frères du malade sont morts à l'âge d'une semaine, et auraient eu de convulsions. Il a deux frères qui se portent bien, mais un a souffert de la rougeole, et de l'érysipèle; l'autre de la variole, et de brùlures. Lui même dans son enfance a eu la rougeole, et à l'âge de huit ans, il ne se rappèle pas la cause, aurait perdu les cheveux presque complètement. Cette chûte des cheveux se serait continuée pendant quelques années; les cheveux tombaient, puis repoussaient, jusqu'à ce que la chûte s'est arrêtée définitivement. Il s'est ensuite bien porté jusqu'au mois de Janvier de l'année 1888. A cette époque il se trouvait comme instituteur dans

le département de Tulcea, et à la suite d'un grand désagrément il fût pris d'une certaine agitation, du vertige, perte d'appetit, et comme il se trouvait seul à cet endroit, il se rendit chez un de ses amis, qui habitait dans une commune du voisinage. En arrivant dans la soirée chez son ami, après quelques moments s'est mis à table. Après avoir pris le potage il fût pris tout à coup d'un frisson dans tout le corps, et d'une sensation, comme si le sang coulait à travers la région temporale gauche. En même temps les yeux lui semblaient brillants, étincelants, et la respiration devint anxieuse, fréquente. Bientôt il devint furieux, frappant avec le poing sur la table, si bien qu'il se fait jaillir le sang par ces manœuvres. Puis se leva vite de la table, passa dans une chambre voisine, ou trouvant une hâche la prend, et commence à frapper le sol criant que le Ministre, et toutes les autorités ne sont que des charlatans. Un quart d'heure après il se calma, et commença à causer avec son ami. Quelque temps après, devenant de nouveau furieux pour la seconde fois, fût pris par les autorités, et mis dans une chambre surveillé d'un gardien, où il passa une très mauvaise nuit. Le lendemain matin il est expedié à Mâcin pour consulter un médecin, où en arrivant fût pris pour la troisième fois du même accès furieux. On le prit par la douceur pour le conduire jusqu'à la sous-préfecture, où en arrivant dans un certain calme, fût pris d'un nouvel attaque furieux. On l'enferma dans une chambre, où il devint encore plus furieux, sans toutefois faire du mal à personne. Cependant il criait aux gardiens, et les menaçait de les frapper avec une brique de la cheminée. A cette époque il avait des grandes insomnies, et un médecin de la localité lui ordonna des médicaments qui le calmèrent un peu. Pendant une semaine étant calme, il fût mis en liberté, mais ensuite devint encore furieux, comme les autres fois. Ces attaques se sont répétées à des courts intervalles à la même époque. Mais à la suite d'un état plus grave encore, les autorités l'ont interné dans un hôpital de la ville de Galatz, où le médecin a été obligé de lui mettre la camisole de force. Une semaine après, s'étant de nouveau calmé il fût ammené par un de ses frères à Bucarest, dans sa famille. Ici il devint taciturne ne voulant plus parler à personne, ne demandant à manger, et, c'est seulement à la suite des grandes prières de sa mère, qu'il prenait quelques aliments. N'aimant pas la lumière, il garda une obscurité complète dans sa chambre. Après trois mois, il fût complètement rétabli, si bien qu'il fût nommé à une place d'instituteur, d'où après quelques mois fût pris à l'armée. Il resta six mois dans l'armée puis on le congédia, et il prit de nouveau sa place d'instituteur, c'était en 1890.

Pendant l'automne de cette même année étant mécontent de sa place d'instituteur, il alla prendre un autre dans un autre département. Ici ne fût non plus satisfait, et donna sa démission, et entra comme comptable à une terre du même endroit, au mois de Janvier 1890.

Trois mois plus-tard, les premières manifestations de la maladie actuelle éclatèrent. Il dit que la première bulle s'est montrée à la région lombaire, puis peu à peu se sont généralisées, et, les éfflorescences survenaient surtout la nuit, précédées de la démangeaison, et d'une cuisson, qui l'empêchait de dormir. Le malade insiste sur ce point, qu'avant

l'éclosion de la première bulle pendant deux à trois jours, il avait la nuit des frissons suivis de chaleur. Le jour il a été bien rélativement, et pouvait vaquer encore à ses affaires.

Il retourne dans sa famille à Bucarest où il fût soigné pendant quelques temps avec les bonnes femmes. Puis fût visité par deux confrères, qui en le voyant lui conseillèrent d'entrer dans mon service, ce qu'il fit.

État présent à son entrée. — Le malade est dans un état de maigreur considérable, de taille moyenne, le tissu musculaire, et cellulaire adipeux très amoindrie. Il peut à peine se tenir debout, et à nos questions se plaint tout d'abord des douleurs qu'il a dans la bouche, et sur tout le tégument qui est en dénudation. L'examen de la cavité buccale nous montre un grand nombre de zones, où l'épithélium est enlevé, et des surfaces rouges saignantes sont en évidence. Par ci, par là, on voit des détritus épithéliaux, d'un blanc grisâtre. Ces lésions occupent aussi la muqueuse du voile du palais, et de la voûte palatine.

La pointe, et les bords de la langue, présentent quelques petites surfaces rouges excoriées, desquelles s'écoule du sang.

Les lèvres dans toute leur étendue réprésentent des plaies saignantes par la perte de la couche épidermique, et épithéliale. La lesion commence aux faces internes des lèvres, et gagne à un travers de doigt leurs faces externes. Aux commissures buccales il y a des crévasses, et une certaine sécrétion couverte par des petites croutelles jaunes. Les orifices des fosses nasales, de même que la cavité des narines sont rouges saignantes, excoriées. A l'orifice de la narine gauche il y a une masse croûteuse, jaunâtre. Sur le menton on constate une plaque dénudée, rougeâtre, comme une pièce d'un franc en argent, couverte en partie d'une croûte jaunâtre, un peu humide, qui étant enlevée met en évidence une surface ronde, rougeâtre, un peu granuleuse.

L'oreille du côté droit dans sa moitié supérieure est le siège d'une autre plaque rouge saignante, reste d'une bulle récente. Sur cette plaque on voit quelques petites îles épidermiques blanchâtres.

L'hélix de l'oreille gauche présente une petite plaque dénudée de son épiderme, rougeâtre, et un peu humide. L'angle de la machoire inférieure du côte droit, est occupé par une plaque de forme circulaire comme une pièce d'un franc en argent, couverte d'une épaisse croûte de couleur jaunâtre.

Les angles internes des yeux présentent aussi une excoriation épidermique suintante, et croûteuse. Au coude du côté gauche on constate un placard avec dénudation épidermique avec les diamètres comme une pièce de cinq francs en argent, à forme circulaire, et bords réguliers. Une certaine partie des bords de ce placard est limitée par une couche épidermique, exfoliée, et rammollie, une autre par un cercle rouge inflammatoire. La surface de cette plaque est rouge saignante, et à son centre on observe une zone blanchâtre ayant les caractères d'une fausse membrane diphtérique humide.

Un peu plus bas, à la face interne et postérieure de l'avant-bras de ce même côté, on observe une autre plaque ayant les mêmes caractères que la précédente, seulement d'un diamètre plus inférieur. A la face

antérieure de ce même avant bras, à deux travers de doigt au dessous du pli du coude une autre plaque semblable aux autres, à forme ovale et du diamètre d'un œuf de poule. La surface de cette plaque est rouge et saignante, les bords limités par l'épiderme exfolié, et en détritus. Au milieu de la face externe de ce même avant-bras, une petite plaque semblable comme une pièce d'un franc en argent, couverte d'un exsudat diphtérique.

Un peu plus bas de cette plaque on observe une autre occupant la face antérieure et interne de cette région, s'étendant jusqu'à l'articulation radio-carpienne et d'un diamètre comme une pièce de deux francs. La surface est toujours rouge et saignante, les bords limités par un détritus épidermique d'un blanc grisâtre, un peu humide.

L'espace qui sépare les doigts annulaire et le petit doigt de la main gauche, est occupé aussi par une plaque avec dénudation épidermique, à forme irrégulière, à surface rouge, et un peu humide. Cette plaque s'étend sur la peau de la face palmaire de la main. De même l'épiderme est enlevé, et une surface rouge suintante existe sur les faces latérales internes de l'annulaire, et du grand doigt de cette main, qui s'étend aussi sur la face palmaire du grand doigt. Les restes d'une petite bulle s'observent à la face dorsale de l'extrémité supérieure de la phalangète de ce doigt. A la face palmaire de cette main, près de son bord externe, une plaque comme une pièce de cinquante centimes, à bords réguliers, à surface suintante et rouge.

Au coude du côté droit toute la face postérieure de cette région est dénudée de son épiderme, constituant une grande plaque s'étendant transversalement de l'épitrochlée à l'épicondyle, et de deux travers de doigts au dessus, et au dessous de l'articulation respective. La surface de cette plaque est rouge, et saignante, et sa périphérie est limitée d'un cercle rouge inflammatoire. Au centre on observe une surface blanchâtre, humide, formée par de l'épiderme exfolié, et par une sérosité renfermant des leucocytes. A la face antérieure du pli du coude de ce côté on observe une autre plaque semblable du diamètre d'une pièce de dix centimes en cuivre, avec les restes des parois de la bulle à la périphérie, et une sécrétion liquide.

Plus bas de celle-ci, à deux travers de doigts toujours à la face antérieure, et vers le bord interne de cette région, une autre plaque sans épiderme, circulaire, à bords réguliers, un peu plus grande que la précédente, à surface rouge saignante, et par places quelques points de détritus épidermique. Un peu plus bas sur la même face antérieure de l'avant-bras, au niveau de l'articulation radio-carpienne une autre plaque plus grande, d'un rouge grisâtre qui ne suinte pas. Cette plaque s'étend d'un bord à l'autre de l'articulation mentionnée, ayant une hauteur de deux travers de doigts. Un peu plus bas, au dessous du pouce, on constate une bulle pleine de liquide, qui étant percée met en évidence une surface d'un blanc rougeâtre. Toujours à la face palmaire entre l'espace du doigt indicateur, et du grand doigt, on observe une petite bulle comme un gros pois, renfermant un liquide trouble blanchâtre.

Sur la face dorsale des doigts indicateur, et petit doigt de ce même côté, à la limite de l'articulation de la deuxième avec la troisième

phalange, il existe une bulle pleine de liquide du diamètre d'un pois. Ces deux bulles sont entourées d'un léger cercle rouge inflammatoire.

Sur la face antérieure du cou du pied gauche il existe une dénudation de l'épiderme formant une plaque plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent, à bords réguliers, et limités par de l'épiderme en exfoliation un peu humide. La surface de cette plaque est rouge saignante.

A la face interne et antérieure de l'articulation du genou gauche, on voit une autre plaque formée par dénudation épidermique, ovale, ressemblant à un œuf d'oie. Les bords sont un peu irréguliers, de sa surface il s'écoule une sérosité jaunâtre; mais après avoir pris un bain, la plaie saigne. A la cuisse gauche il existe une plaque ayant la forme d'une poire de grosseur moyenne, occupant la face interne du tiers moyen de cette région, à surface rouge, et saignante.

A la région trochantérienne du même côté une autre plaque à forme ronde ayant treize centimètres de diamètre, à bords réguliers, et à surface toujours rouge et saignante.

Sur la face postérieure de cette cuisse, à trois travers de doigts de l'échancrure poplitée, il se trouve deux plaques semblables, qui se touchent par leurs bords, situées l'une au dessus de l'autre, une du diamètre comme une pièce de cinq francs en argent, et l'autre comme une pièce d'un franc toutes les deux à bords réguliers, et à surfaces rouges saignantes, limitées par un léger cercle rouge inflammatoire.

A la face interne des cuisses, en contact avec le scrotum, on observe de même, de chaque côté une plaque semblable, ayant une hauteur de trois travers de doigts, à direction de haut en bas. Ces plaques commencent immédiatement au dessous de la branche transverse du pubis, et ont une longueur de huit centimètres. Leur surface est d'un rouge grisâtre, présentant quelques petites îles épidermiques. De semblables plaques se rencontrent aussi de chaque côté sur la peau du scrotum, avec cette différence que celle du côté droit a une largeur de quatre travers de doigts.

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, à un travers de doigt au dessus de la partie moyenne de cette face, il existe deux plaques avec les mêmes caractères que les autres, rondes, et d'un diamètre comme une pièce de cinq franc en argent.

Sur la région fessière droite, en arrière du grand trochanter corréspondant, il y a une plaque avec les mêmes caractères, ronde, ayant douze centimètres de diamètre, à bords réguliers, prolongés par une couche d'épiderme en exfoliation, reste d'une bulle récente. La surface est toujours rouge saignante. En bas cette plaque se continue avec une autre plus petite, comme une pièce de deux francs, et ayant les mêmes caractères. A la région du sacrum, près de l'orifice de l'anus, on observe trois plaques présentant les mêmes lésions que les autres, séparées entre elles par des zones de peau saine. Deux d'entre elles ont le diamètre d'une pièce de cinquante centimes; la troisième qui [illegible]ge au dessus des autres a un diamètre de six centimètres, et ses bords sont légèrement festonnés. Sur la face externe de la cuisse droite, à un travers de doigt au dessous du grand trochanter corréspon-

dant existe une semblable plaque, ronde, à bords réguliers, plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent, à surface rouge saignante.

Un peu plus bas toujours sur la même région, près de l'articulation du genou, on constate une autre lésion semblable aux précédentes, à forme éliptique, ayant $\frac{4^1/_2}{2^1/_2}$ centimètres de diamètre. Les bords sont couverts d'une péllicule mince, humide, reste de la bulle récente.

A la face antérieure et interne du genou droit une autre plaque à surface rouge saignante, suintant une sérosité jaunâtre. Cette plaque a dix centimètres de diamètre, et se trouve limitée à la périphérie par bandes épidermiques exfoliées. Au tiers moyen de la face externe du tibia du côté droit, on observe une semblable plaque à forme ovale, grande comme un œuf de poule. La surface de cette plaque est en partie blanchâtre, en partie rose.

Au tiers supérieur de la face interne de cette région on voit une autre plaque ronde, à bords réguliers, comme une pièce de cinquante centimes, à surface grisâtre, sèche.

Sur le cuir chevelu il y a quelques croûtes épaisses, jaunâtres, sèches, qui lorsqu'on les enlève, laisse à leur place une surface rouge, un peu humide. Immédiatement au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, il existe une autre plaque avec dénudation de l'épiderme à forme ovale, grande comme un petit œuf de poule, à bords réguliers, et couverte d'un détritus épidermique, qui étant enlevé, met en évidence une surface rouge humide. Cette plaque se continue à droite avec une autre située transversalement, ayant le même diamètre et aspect que la précédente. Au dessous de ces plaques à deux travers de doigts, on constate une semblable lésion, située transversalement, éliptique de $1^1/_2$ et 3 centimètres de diamètre, à bords irréguliers limités par une pellicule épidermique, à surface rouge saignante.

Au dessous de la clavicule droite on observe une autre plaque avec les caractères des autres ayant les diamètres d'une pièce de cinq francs en argent, surface rouge saignante, bords réguliers limités par une pellicule épidermique. Cette plaque se continue à sa partie interne avec une autre un peu plus petite à bords irréguliers, festonnés. Il est à remarquer que de la réunion de ces deux plaques résulte en leur milieu un certain étranglement. A un travers de doigt au dessous de cet étranglement, il y a un autre placard semblable, comme une pièce de deux francs, limité par une pellicule épidermique humide.

Au milieu de la région du sternum il y a quatre plaques semblables, séparées entre elles par des zones de peau saine, et superposées par deux. Les inférieures plus grandes que les supérieures. Ces quatres plaques sont rondes à bords réguliers, et à surface rouge un peu saignante.

Immédiatement au dessus de l'ombilic on trouve une autre plaque large de six, et longue de quatre centimètres, à bords circinés, limités par un mince cercle rouge inflammatoire, à surface rouge saignante. Un peu à droite de la plaque précédente on observe une autre plus petite, comme une pièce d'un franc en argent, à bords couverts d'une mince péllicule épidermique grisâtre à surface rouge sâle. De même

au dessus de cette dernière on observe une autre plaque comme une pièce de dix centimes en cuivre, et présentant les caractères des autres. A un travers de doigt au dessus de cette dernière plaque il y a deux autres plaques semblables, situées l'une au dessus des autres, séparées par un éspace de peau saine, avec les diamètres d'une pièce de cinquante centimes, et à bords couverts par de l'épiderme exfolié. Immédiatement au dessous de l'extrémité externe de la clavicule gauche on observe une autre plaque à forme rhomboïdale ayant six centimètres dans son grand diamètre, et trois dans le petit, avec les mêmes caractères de dénudation épidermique. A un travers de doigt au dessous de ce dernier placard on constate une autre de trois centimètres de diamètre, avec les caractères semblables aux autres, et à bords limités par une péllicule épidermique exfoliée.

En dedans du mamelon gauche une plaque comme les autres, ayant les diamètres de la moitié d'une petite orange.

La fosse sus-épineuse gauche est occupée dans toute son étendue par une plaque avec dénudation épidermique, ayant neuf centimètres dans son grand diamètre, et sept dans son petit diamètre à bords festonnés, et à surface saignante.

Un peu en arrière de cette dernière lésion on constate une autre comme une pièce de cinq francs en argent et qui s'étend vers la partie cervicale corréspondante, à bords limités par de l'épiderme exfolié, et par une zone rouge inflammatoire. La surface laisse suinter du sang. Cette plaque se continue en haut avec une autre de forme ronde comme une pièce de cinquante centimes, à bords rouges réguliers.

A la nuque on constate six petits placards, semblables comme lésions aux autres, et ayants différents diamètres, toutes ont une surface rouge, et les bords limités par de l'épiderme exfolié.

La fosse sus-épineuse droite présente une plaque exactement comme celle décrite à la fosse sus-épineuse gauche. Seulement ici, la plaque descend encore jusqu'à la moitié de la fosse sus-épineuse. La surface de cette plaque suinte du sang.

A un travers de doigt en dehors de la région axillaire droite il y a une autre plaque, avec dénudation épidermique à forme ovale, grande comme un petit œuf de poule.

Au dessus de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit on observe une autre plaque ayant une largeur de trois travers de doigts, se prolongeant en bas jusqu'à un travers de doigt au dessus des fausses côtes, où elle n'a qu'un travers et demi de doigt comme largeur. Ses bords sont irréguliers, et sa surface suinte un peu de sang.

Un peu plus bas que cette dernière un peu vers la partie postérieure de la région dorso-lombaire on observe une grande plaque comme deux pièces de cinq francs en argent, ayant les mêmes caractères que les autres.

Sur la colonne vertébrale, au niveau des épaules, on constate une plaque grosse comme une poire de moyenne grandeur.

Un peu plus bas une autre ayant la même forme et le même aspect que la précédente à surface toujours saignante.

A cinq travers de doigts au dessous de la plaque précédente il y a une autre qui s'étend en bas vers le sacrum et sur les parties latérales. Du côté droit elle se continue par un certain étranglement avec une autre plaque qui siège sur l'épine iliaque postérieure et supérieure, s'étendant un peu vers la région fessière correspondante. Cette plaque a une forme semilunaire à convéxité en bas, et à concavité en haut. Les bords sont entourés d'un cercle rouge inflammatoire, et la surface rouge saignante.

Au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche on constate une grande plaque formée par la dénudation de l'épiderme, ayant un diamètre comme six travers de doigts, à surface rouge saignante. Plus bas on observe une autre de la grandeur d'une poire moyenne, avec les mêmes caractères que les autres. Vers l'épine dorsale se trouve une semblable plaque comme une pièce de cinq francs à surface rouge saignante.

De sorte qu'à son entrée à l'hopital le malade présentait une dénudation épidermique presque générale, de la sorte on peut juger de la gravité dans laquelle se trouvait nôtre malade. Il était faible, à peine il marchait, souffrait de l'insomnie, et ne pouvait s'alimenter, tantôt n'ayant pas d'appetit, tantôt à cause des douleurs produites par les lésions buccales. Les toniques, le fer, la quinine avec l'iodoforme, les bains prolongés, la cocaïne pour gargarisme, le sulfonal, ont bien agi dans les premiers temps.

Le 15 Juin, on constate six nouvelles petites bulles, comme des pois, sur la peau du dos, du bras gauche, et sur le ventre. L'examen microscopique du contenu de ces bulles nous montrent la présence de quelques leucocytes, et des hématies.

Le 16 Juin, on constate cinq nouvelles petites bulles sur la face dorsale du pied droit. Le malade a eu dans la journée un petit frisson, et un peu de fièvre.

Le 17 Juin, on constate dix huit nouvelles petites bulles, disséminées sur la peau du dos, de l'abdomen, et à la face interne de la cuisse droite. Toutes avaient le volume d'un pois.

Le 18 Juin, nouvelles bulles, une sur la poitrine, une sur l'abdomen, trois près de l'ombilic; une sur le mollet droit, et enfin deux à la région inguinale droite. Dans la journée le malade a du frisson, et un peu de fièvre.

Le 19 Juin. Nouvelle poussée de petites bulles en nombre de vingt cinq disséminées : région axillaire droite, région inguinale gauche derrière l'oreille droite, sur le menton, et la fesse du côté gauche.

Le 20 Juin. Une autre poussée de petites bulles au nombre de seize disséminées sur les épaules, sur la poitrine, à la région axillaire droite, et à la nuque. Toutes contenant un liquide clair citrin le premier jour, et devenant trouble purulent deux jours après.

Du 21 à 26 Juin, plus de nouvelles bulles, le malade se sent mieux, mais nous constatons la congestion de son oeil gauche.

27 Juin. — Frisson, fièvre, agitation, inappétence, insomnie.

28 Juin. — Poussée nouvelle de trente et une petites bulles disséminées. Vingt-deux sur la poitrine, neuf sur le ventre. La plupart de ces petites bulles se touchent, quelques jours après elles se confondent, et donnent lieu à des grandes plaques dénudées de leur épiderme. Le malade à de la diarrhée.

Le malade a ensuite une période rélativement assez satisfaisante, il dort, et se nourrit passablement bien, les plaies ont une meilleure apparence. La diarrhée s'est arrêtée.

10 Juillet. — Les restes des bulles qui occupaient les lèvres, et autour des lèvres sont tout à fait disparues. De même la plupart de celles de la cavité buccale, des bras, de la face dorsale des mains. Celles de la face antérieure du genou sont couvertes d'une mince couche épidermique. Celles d'entre les épaules, et des régions axillaires sont en bonne voie. Temp. matin 37°, soir 38°.

12 Juillet. — Apparition de quelques petites bulles sur le ventre qui se sont affaissées bientôt. Même température, qui persiste pendant quelques jours.

15 Juillet. — L'ulcération qui existait encore à la pointe de la langue est guérie. La figure est propre, la plupart des placards vont assez bien, se couvrant d'une fine couche épidermique. Temp. matin 37·2°, soir 38°. Le malade se nourrit bien mais souffre de l'insomnie.

16 Juillet. — Poussée de nouvelles bulles petites comme des pois, trois sur le ventre, une sur la main droite, deux sur la fesse du même côté, et trois sur la fesse gauche. Temp. matin 37°, soir 38·2°.

18 Juillet. — Trois nouvelles bulles sur l'épine dorsale, deux sur la main gauche, deux à la face interne et supérieure du bras droit, et enfin une autre sur la jambe gauche. Temp. matin 37·5°, soir 38°.

20 Juillet. — Nouvelle poussée bulleuse disséminées sur presque toute la surface cutanée de la manière suivante : deux à la nuque, deux sur le bras droit, une sur le bras gauche, une dans l'aisselle droite, deux sur la poitrine, deux sur la partie droite du cou, une à la cuisse gauche, une sur la main droite, une sur le pied gauche, et trois sur le pied droit. Toutes de volume d'un gros pois. Temp. matin 37°, soir 38·5°.

21 Juillet. — L'état général semble satisfaisant. Nouvelle poussée de huit petites bulles sur plusieures régions du tégument. Temp. matin 37°, soir 37·6°.

22 Juillet. — Affaissement des bulles parues la veille, et on constate une nouvelle poussée de bulles au nombre de six.

Les jours suivants bien moins de fièvre.

25 Juillet. — Les plaies de la région cervicale commencent par se couvrir d'une fine couche épidermique, de même celles qui siègent sur les bras et les cuisses. Tandis que celles du dos et des fesses, sont encore rouges saignants facilement. Plus de fièvre.

30 Juillet. — Légère poussée de bulles : une entre les épaules, une sur la main droite, une sur le ventre, et enfin une sur le cou du pied gauche.

31 Juillet. — Affaissement des bulles parues la veille.

1^er^ Août. — Le malade un peu agité se plaint de n'avoir pas dormi la nuit. Il a de l'appetit. Nouvelle poussée de trois bulles. Temp. matin 37°, soir 39°.

2 Août. — L'exfoliation des parois des bulles nouvellement parues met en évidence des surfaces rouges saignantes. En outre les petites bulles parues la veille sont devenues plus grandes, se sont étendues vers des parties déjà cicatrisées. Temp. matin 37°, soir 38°.

3 Août. — Poussée de dix sept nouvelles bulles sur les différentes régions du tégument externe. Temp. matin 37°, soir 38°.

4 Août. — Le malade a une très mauvaise mine, a eu plusieures selles dans la journée d'hier, et pendant la nuit. Il a pris du salicylate de Bismuth, avec du naphtol. Temp. matin 36·8°, soir 37·6°.

5 Août. — Le malade est très affaibli, la diarrhée persiste. Les plaies des bras, avant-bras, et mains complètement guéries; celles de l'épine dorsale, les épaules, vont très lentement.

7 Août. — Le malade plus gai, la diarrhée a cessé.

9 Août. — Poussée de dix sept vésicules, disséminées sur la peau, distendues par un liquide citrin.

10 Août. — Les vésicules parues la veille sont devenues de petites bulles, qui se confondant entre elles, et avec des surfaces déjà dénudées, donnent lieu à des vastes plaques rouges saignantes. En même temps on observe trois nouvelles bulles.

11 Août. — Le malade se plaint d'insomnie, est toujours faible, il se nourrit passablement bien. Six nouvelles petites bulles sur les bras, symétriques des deux côtés.

Les plaques du dos restent stationnaires.

18 Août. — Insomnie continue. Sulfonal, morphine quelquefois.

19 Août. — Il a de nouveau la diarrhée. Temp. matin 37°, soir 38°. Cette diarrhée continue, mais diminuant un peu.

23 Août. — La température toujours matin 37·5°, soir 38°.

24 Août. — Deux nouvelles bulles, une dans la région inguinale droite, grosse comme un œuf de pigeon, et une autre dans l'éspace de l'annulaire et du petit doigt à gauche.

25 Août. — Le malade a de nouveau de la diarrhée. Temp. matin 37·5°, soir 38·4°. On constate un léger œdème érysipélateux de la face, je recommande badigeonneage avec du collodion au sublimé.

26 Août. — Deux nouvelles bulles. La diarrhée ne cesse pas, elle diminue le 30, lorsque le malade n'a plus que deux selles dans les vingt-quatre heures.

1^er^ Septembre. — Le diarrhée a cessé. Temp. matin 37·2°, soir 38°.

2 Septembre. — Le malade a trois selles. Temp. matin 37°, soir 38·5°.

3 Septembre. — Selles diarrhéiques nombreuses. Temp. matin 37·3°, soir 38·5°. Potion avec 10 grammes d'acide lactique.

4 Septembre. — Le malade se sent très faible, à peine on peut lui panser les nombreuses plaies. Temp. matin 37·4°, soir 39°. Diarrhée continue, l'œdème érysipélateux presque disparue.

5 Septembre. — Le malade de plus en plus faible, ne mange plus

6 Septembre. — Ne répond plus, n'a plus connaissance de ce qui l'entoure. Il entre en agonie et meurt à 1 heure p. m.

L'éxamen chimique de l'urine fait par le Dr. Bernard est consigné dans cette petite note »L'urine de ce malade a les caractères d'une urine hydrurique attendu qu'elle contient des substances extractives en faible proportion, dont il ressort que l'urée comme les chlorures sont considérablement diminués. Tout de méme la diminuation des corps, ici mentionnés, ne peut être mise sur le compte du pemphigus comme cela a été constaté dans quelques cas, puisque dans le cas actuel l'urine est hydrurique, et les matières extractives normales diminuées d'une manière égale.«

Pendant sa maladie le malade a subi le traitement suivant: Dès son entrée pansement avec de la Vaseline boriquée $5^0/_0$; plus tard pansement avec de la Vaseline jodoformée. Le malade prenait un bain chaque jour, le pansement se faisait ensuite, et avec beaucoup d'ouate. A l'intérieur le malade a pris: du bromhydrate de quinine plusieurs jours, du fer presque tout le temps de son séjour; de le décoction de quinquina avec de la teinture de canelle, et du sirop d'ether. Du café au cognac journellement. Pour la diarhée qui a commencé peu de jours après son entrée, il a pris de l'eau de chaux dans son lait, du colombo, de l'acide lactique, du bismuth, et du salicylate de Bismuth, avec Naphtol, et morphine. Du sulfonal, de la morphine contre l'insomine, gargarisme avec de la cocaïne, et de l'acide borique plus souvent.

Il fût un moment, où nous croyons que le malade guérirait. En effet la plupart des plaies commencèrent à marcher vers la cicatrisation, mais pas d'une manière franche, et puis, la diarhée que malgré toute la médication employée n'a pu être arrêtée pour longtemps, a été la cause de l'affaiblissement progréssif du malade, et la mort lui doit une grande partie.

Autopsie. — Elle est faite le 8 Septembre dix heures du matin. Le cadavre est bien conservé, il est d'une maigreur considérable par l'atrophie du tissu adipeux, et musculaire, de sorte que la peau touche presque le squelette. Sur la surface du tégument externe on constate, les dénudations épidermiques mentionnées pendant la vie du malade. Sur les membres inférieurs, et à la face antérieure du genou on constate des surfaces en partie cicatrisées, d'une couleur brunâtre.

Cavité cranienne. — L'encéphale pèse 1500 grammes, les circonvolutions très bien développées, et les vaisseaux qui les séparent pleines de sang. Par la section de la substance blanche on met en évidence un nombre considérable de points rouges. Il y a une grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

Moëlle épinière. — On enlève la moëlle dans sa totalitée. Les ganglions spinaux à la région cervicale sont au nombre de deux seulement à droite, un supérieur, un autre inférieur. A gauche sont trois, le moyen très développé au dépens des autres qui sont très petits.

Cavité thoracique. — Les poumons un peu emphysémateux, d'une couleur rose par places, et d'un rouge grisâtre sur d'autres points. Quelques adhérences de la séreuse pleurale, entre les lobes du poumon, surtout du côté gauche. Par la section des poumons il s'écoule une sérosité rougeâtre. Les parties postérieures des poumons sont congestionnées. A la partie postérieure du lobe inférieur du poumons gauche on constate un foyer de pneumonie.

Cœur. — Une petite collection liquide dans le péricarde. Le volume du muscle cardiaque est normal, le feuillet viscéral du péricarde présente quelques zones blanchâtres.

L'artère pulmonaire renferme des caillots de sang noirâtre. Les valvules sigmoïdes des artères, aorte et pulmonaires normales. Le myocarde est friable. On prend un fragment pour l'examen microscopique. La valvule mitrale ne présente rien à signaler.

Cavité abdominale. — La muqueuse de l'ésophage ne présente rien d'anormal. Sur la muqueuse de l'estomac on constate une couleur rougeâtre, dans sa grande courbure, et quelques érosions de l'épithélium en certains endroits.

Foie. — Son volume est normal, a les caractères du foie gras tant à l'extérieur qu'à l'intérieur on prend un fragment pour l'examen histologique.

Reins. — Le rein gauche de volume normal, la capsule s'enlève facilement. Par la section on constate une congestion assez prononcée de la substance corticale, et médullaire. On prend des fragments pour l'examen histologique.

Le rein droit un peu augmenté présente les mêmes altérations microscopiques que celui du côté gauche.

Pancréas. — Un peu pâle de consistance normale. Les intestins, et le mesentère sont très congestionnés, la muqueuse congestionnée, et ratatinée. Il y a une entérite aiguë.

Examen histologique de la pluport des organes pris à la nécropsie de ce cadavre.

La moëlle, avec les ganglions spinaux, les nerfs sciatique, pris dans la région fessière, sciatique poplité interne, à sa partie supérieure, le médian, et l'intercostal gauche ont été durcis dans le liquide de Muller.

La moëlle n'a pris une bonne consistance même après un séjour de dix mois dans cette liqueur. Pendant les six semaines dernières j'ai même gardé la moëlle dans du bicromate de potasse 4%. J'ai fait aussi l'examen microscopique après fixation par l'acide osmique des ganglions cervicaux du sympathique, du pneumo-gastrique, du nerf cubital, et musculo-cutáne du bras. Les frag-

ules biliaires, et le tissu conjonctif interlobulaire est légèrement perplasié. De sorte qu'il ya très peu de cellules du foie qui pré- atent encore leur protoplasma' et les noyaux non complètement érées.

Rein. — La capsule du rein est intacte, les capillaires qui gent entre les tubes de la substance corticale, sont dilatés, et rgées de sang. L'epithélium de la capsule de Bowmann, et les rois de cette capsule, ne présentent rien d'anormal, tandis que contour des anses glomérulaires se déssine très bien, parce que capillaires, qui les constituent, sont distendues par du sang. A ıtérieur des tubes contournés colorés par le picro-carmin, on re- ırque la présence d'une exsudation composée de granulations ıl colorées, et d'un grand nombre de corpuscules d'aspect hyalin, forme plus on moins rondes, de 5—7 μ. Quant aux cellules de s tubes, elles n'ont pas un contour bien délimité, et c'est à peine on peut dans quelques endroits distinguer leurs noyaux. Tandis e dans les préparations, colorées par l'hematoxyline, le noyau t bien visible.

Les cellules des anses de Henle paraissent granuleuses, sont tites, et on ne distingue pas leurs noyaux. Au centre de ces bes, on constate également de petits corpuscules hyalins, qui dans autres tubes sont remplacés par des cylindres hyalins, ou col- ïdes.

Dans d'autres anses les cellules sont en prolifération désqua- ative.

Les vaisseaux sanguins de la substance médullaire sont éga- ment hypérémiés, à l'intérieur des tubes droits, pui sont quelque- is dilatés, on voit les mêmes, corpuscules hyalins, sphériques, déjà entionnés, et dans quelques tubes des globules rouge de sang. es cellules de ces tubes paraissent normales.

Coeur. — Les préparations colorées par le picro-carmin mon- ent que les fibres de myocarde ne présentent pas d'altérations, ais dans certains endroits, le tissu conjonctif épaissi penètre entre s faisceaux musculaires, les dissocient et la fibre musculare finit ar disparaitre. Les vaisseaux sanguins qui sillonnent les faisceaux, et les fibres musculaires sont hypéremies.

Nerfs (Nerf cubital). — Par la dissociation (acide osmique, picrocarmin) nous trouvons dans le nerf cubital pris au niveau du pli du coude, quelques fibres nerveuses dépourvues de myéline. Sur d'autres fibres, la myéline est granuleuse, et mal colorée par l'acide osmique. Le nombre des fibres pales est augmenté. Quelque fois

ophiées. A un petit grossissement ces dernières se présentent
nme des groupes de zones rouges par le picro-carmin, et rouge
uâtre par l'hematoxyline d'Ehrlich. Peut être que dans le nombre
fibres fines, une bonne part doit être considérée comme
grosses fibres en voie d'atrophie, puisque l'examen attentif de
faisceaux nerveux démontre la transition dans les dimensions
ces différentes fibres, jusqu'à leur atrophie complète. Ces alté-
ons des fibres nerveuses se poursuivent dans les racines traver-
t les ganglions, dans la portion nerveuse dite distale, du gang-
, où les groupes mentionnés sont très nombreux.

Les cellules ganglionaires ne présentent pas des altérations,
ce n'est qu'une grande quantité de granulations pigmentaires
uvrent le plus souvent leurs noyaux.

Le tissu conjonctif fait de trainées un peu épaisses dans
ntérieur de ces ganglions. Les parois des vaisseaux, qui traver-
nt ces ganglions, sont un peu épaissies. Les vaisseaux, qui sont
ués dans la capsule fibreuse du ganglion, sont tous dilatés, et
rgés de sang. Cette disposition s'observe tout aussi prononcée,
la peripherie de la portion nerveuse distale du ganglion. Les
isceaux nerveux, qui occupent le tissu adipeux qui enveloppe les
anglions, ont la plupart de leur fibres nerveuses atrophiées. Les
aisseaux sanguins de ce tissu adipeux, sont très distendus par le
ang, et par places il y a des petites hemorrhagies.

Moëlle. Région lombaire. — La pie mère ne présente
ucune altération anatomique, les racines postérieures sont nor-
nales. Les trabécules de la pie mère, qui pénètrent les cordons
ostérieurs sont légerement épaissies. Les cordons eux mêmes, sont
l'état normal. Dans les racines antérieures du côte gauche, il y a
n groupe limité, situé dans leur milieu, coloré en rose par le picro-
armin, où la myéline, et les cylindres axes de fibres nerveuses
aissent disparues.

Les cordons antéro-latéraux se présentent à l'état physio-
gique.

Quant aux cellules nerveuses des cornes antérieures et posté-
ures, après un examen attentif on ne decèle pas d'alterations.

Les vaisseaux, qui se trouvent de chaque côté du canal ependy-
, présentent une hypertrophie très avancée de leurs parois,
cellules embryonaires. Les vaisseaux sont aussi dépourvus
tions, peut être sont ils un peu dilatés.

égion dorsale. — L'examen des coupes de cette région
les résultats négatifs.

Région cervicale. — Dans la région cervicale moyenne la substance grise des cornes antérieures et postérieures, présente une hypéremie assez intense, tandis que les cellules nerveuses n'offrent aucune lésion. L'hypéremie est moins prononcée dans la substance blanche. Les tubes nerveux de la substance blanche, ne présentent pas des altérations anatomiques. Entre les lamelles de la pie mère on remarque de globules rouges libres. Pas d'épaississement des méninges. Le canal de l'épendyme est oblitéré par une prolifération des cellules tapissant cette cavité, et tout autour du canal central la nevroglie est hyperplasiée, et on constate la présence de vaisseaux sanguins.

Conclusions. — Après avoir exposé en détail nos observations, et donné quelques opinions emises, sur la pathogénie ou lésions trouvées, par les differents auteurs dans des cas semblables, tâchons de resumer nos observations, et voir ce que leur études nous ont appris.

Dans nôtre première observation nous relevons les points suivants: Le malade entrée dans le service le 8 Juin meurt le 5 Juillet 1890, il etait âgé de 43 ans, et pendant les quinzes dernières années il a eu souvent de l'épistaxis. Depuis deux à trois ans, il a eu à souffrir de sa situation materielle. La maladie qui l'amène chez nous a commencée en Janvier 1890, et c'est par la cavité buccale qu'elle a fait son apparition. De sorte que dans l'espace de six mois la maladie s'est généralisée, et tué le malade, c'est a dire que la marche a été plusque rapide.

Je dois faire observer en outre, que l'éruption s'est maintenue avec des améliorations, et disparition même complète, pendant plus deux mois au point ou elle parut tout d'abord, c'est à dire à la cavité buccale. La maladie est prise pour des plaques muqueuses, et on lui administre du mercure, et du iodure de potassium. Bientôt après la généralisation de l'eruption s'établit, et symétriquement des deux côtés les regions axillaires coudes, genoux, poitrine, sont envahies, on lui fait prendre des bains sulfureux, ce que peut être a contribué à la rapide généralisation de la dermatose. C'est dans cet état qu'il est entré dans mon service où malgré tout le traitement le malade meurt après un mois, à peu près, de séjour dans nos salles. La cause de la mort s'explique aisément par l'epuisement des forces, determiné d'une part par la diarrhée persistant assez longtemps, et d'autre part parceque le malade ne pouvait se nourir suffisamment. L'inappétence, et les douleurs que lui causèrent les lésions buccales, sont l'origine de cet état de denutrition,

me lésions importantes constatées à la nécropsie du ma-
:ette observation je rélève la trombose cardiaque, le foie
cirrhose graisseuse assez prononcée, et la consistance
e la moëlle.
ıt à l'examen histologique des organes de ce cas nous
ntionner les points suivants:
ques lésions vasculaires de la moëlle, et la lésion et plus
sur l'artère des trabécules conjonctifs, separant la zone
des cordons de Goll; et une infiltration cellulaire sur le
:ravées conjonctives de certaines régions. Dans les cor-
:rieurs j'ai constaté quelques ilôts de sclérose, et, comme
:e de cette sclérose il s'est produit une raréfaction, et
érescence des fibres nerveuses dans ces endroits. Cette
fibres nerveuses, et de sclérose est plus prononcée dans
lombaire moyenne, où elle occupe la partie postérieure
ıs de Burdach.
›artie externe de la zone de Lissauer est également,
gèrement, atteinte par cette sclerose.
ıême l'infiltration cellulaire des parois des vaisseaux, et
conjonctifs est encore plus prononcée, dans cette région,
ait une vraie sclérose vasculaire.
les racines postérieures nous avons constaté un bon
: fibres nerveuses dégénérées, et des corpuscules hyalins
ace. Dans les racines autérieures aussi nous avons trouvé
bres dégénérées. Même lésion mais à un moindre dégré
ɔrdons antéro-latéraux.
ınal de l'ependyme est oblitéré par la prolifération des
r presque toute l'étendue de la moëlle.
issociation de quelques fragments des nerfs du bras, et
ɔe, après fixation par l'acide osmique, nous a montré
isceaux de ce nerfs plusieures fibres avec la fragmen-
a myéline, et disparition de cette gaîne sur une longue
: quelques fibres nerveuses. Nous avons trouvé aussi la
de quelques cylindres axes.
issociation des racines postérieures nous a montré plu-
es avec des noyaux proliférés.
ôté de la peau, sauf une hypérémie vasculaire assez in-
ertaines régions, nous n'avons rien observé d'important.
men microscopique nous a confirmé l'examen fait à l'oeil
Celui-ci en effet présentait une dégénérescence graisseuse
:ste.

Le résumé de nôtre deuxième cas est le suivant:

Femme de 47 ans, entre le 28 Mai, et meurt le 1 Juni 1891. c'est à dire, après un séjour de quatre jours dans nôtre service.

Cette malade m'a fait appeler chez elle pour la soigner et la voyant dans un état désespéré, j'ai proposé qu'on l'amène dans mon service pour avoir l'occasion d'étudier son état.

C'est à peine qu'elle peut se tenir debout, tant elle est faible et se plaint de douleurs cutanées.

De son anamnèse je relève le paludisme.

Elle dit que la maladie actuelle a commencé il y a un an. L'éruption a fait sa première apparition dans la cavité buccale, d'où dès le commencement difficulté pour la malade de se bien nourir. Elle ne pouvait pendre que du lait. En même temps elle a des epistaxis abondants, et assez fréquents. Bientôt après, elle ne peut préciser, d'autres bulles se montrèrent à la partie interne des deux bras, qui petites les premiers jours, augmentèrent de volume les jours suivants. Bientôt l'eruption se généralisa sur toute la surface cutanée, symétriquement des deux côtés. Ainsi la tête, les angles des yeux, les narines, les oreilles, la bouche, le tronc, et les membres furent envahies. Elle ne peut préciser le traitement suivi pendant l'année de sa maladie.

Nous avons mentioné qu'elle est entrée dans le service dans un état désésperé, ajoutons qu'elle avait aussi la diarhée depuis plusieurs jours.

Le cadavre étant reclamé par la famille, c'est à peine, qu'on a pu prendre la moëlle avec les ganglions spinaux, les nerfs médian. et sciatique.

L'examen histologique du nerf median. En employant la methode de Marchi, pour les coupes de ce nerf, on voit que les fibres sans myéline de quelques faisceaux nerveux sont augmentés de nombre. En outre l'hyperplasie de la gaîne lamelleuse nous a attiré ici l'attention, elle était très prononcée, et les travées conjonctives qui pénétraient dans le nerf étaint epaissies.

Dans les coupes du nerf sciatique nous avons trouvé un plus grand nombre de fibres minces, peut être parmi le nombre, sont des fibres atrophiées.

De même je dois signaler l'endartérite vasculaire, et quelques fois oblitérante de ce nerf.

Dans les racines rachidiennes on obsèrve quelques rares fibres présentant la fragmentation de la myéline, et quelques gaines vides.

Les coupes de la portion de ces racines au dessous des ganglions spinaux, dans la région lombaire colorées au picro-carmin de Ranvier, nous a montré à la péripherie de certains faisceaux nerveux, des groupes manifestes de fibres nerveuses altérées. Dans les petits troncs nerveux du tissu graisseux, qui entoure ces racines, on obsèrve un grand nombre des fibres nerveuses atrophiées.

Dans les ganglions spinaux cervicaux, nous n'avons trouvé aucune altération, mais dans les ganglions de la région dorsale nous avons trouvé un grand nombre de fibres minces, parmi lesquelles il y a un certain nombre de fibres atrophiées.

Sur les coupes du nerf intercostal, nous avons constaté aussi, un plus grand nombre des fibres minces, et des groupes de fibres atrophiées.

Dans plusiers coupes de la moëlle, sur des bonnes préparations, après l'examen histologique, nous n'avons pas trouvé des lésions bien importantes. Aussi je signale seulement une legère infiltration embryonaire des méninges des vaisseaux. La raréfaction légère de la zone de Lissauer, à la région lombaire, et l'atrophie légère des fibres rayonnantes qui traversent les cordons, et les cornes postérieures. De même je note une légère zone de sclérose à la partie postérieure des cordons de Burdach, de la région cervicale.

Comme dans les premiers cas aussi ici, le canal de l'ependyme est oblitéré par la prolifération cellulaire.

Dans le troisième cas nous relevons les faits suivants: Homme agé de 28 ans, à systèmé nerveux suréxcité peu des temps avant l'éclosion de son pemphigus, il a en effet souffert d'une manie furieuse. Dans son enfance, je note la chûte périodique de ses cheveux. Il entre dans nos salles le 12 Juin, et meurt le 6 Semtembre 1891. En ce qui concerne sa manie furieuse, voici les faits: En Janvier 1888, c'est à dire trois ans, avant la maladie actuelle, étant instituteur, a la suite d'un grand mécontentement fût pris d'une certaine agitation, du vertige, et perte d'appetit. Dans la soirée du même jour il devint furièux, frappe la table avec le poing, si fort que le sang lui jaillit de la main. Puis il s'émpare d'une hache, et frappe les planches du parquet. Il eut plusieurs attaques semblables à des courts intervalles, et une fois on a été obligé de lui faire appliquer la camisole de force. Bientôt après il devint taciturne, ne demande jamais à manger. Enfin il se rétablit si bièn qu'il reprend sa place d'instituteur, mais il change souvent de localité, n'étant jamais content, de sorte qu'à la fin, il renonce à l'enseignement, et prend en Janvier 1890, une place de comptable

chez un fermier. Trois mois plus tard, c'est à dire en Mars de la même année (1890) une bulle apparait pour la première fois à la région lombaire. Puis l'éruption se généralisa peu à peu, chaque nouvelle poussée survenait la nuit, et était précédée de la démangeaison, et de cuisson, ce qui l'empêchait de dormir. Le jour il était rélativement bien et pouvait vaquer à ses occupations.

Il se fit soigner pendant quelque temps par les bonnes femmes.

A son entrée dans nôtre service il était très faible, à peine pouvait il se tenir sur ses jambes, et, nous trouvâmes à ce moment des lésions de pemphigus, sur les endroits, ou régions suivantes: Dans la cavité buccale les commissures des lèvres, les oreilles sur le cuir chevelu, les angles internes des yeux, sur le visage, les coudes, et avant-bras jusqu'au poignets, et sur les doigts d'une façon symétrique, à droite et à gauche. Sur le tronc, région antérieure et postérieure, où presque toute la surface tégumentaire est atteinte, et, l'epiderme enlevé sur des vastes étendues, comme on peut le voir en regardant le portrait du malade à la peinture. Sur les membres inférieures même symétrie, des placards, avec dénudation épidermique, les lésions s'étendent de haut en bas, jusqu'au cou du pied. Le scrotum, et la peau de la verge, n'ont pas été non plus épargnés. Si l'on lit attentivement l'observation détaillée de ce malade, on voit qu'il n'y a presque pas eu de région de peau respectée par l'éruption. De sorte qu'à son entrée à l'hôpital le malade présentait une dénudation épidermique presque de toute sa surface cutanée. Ainsi l'on peut juger de la gravité dans laquelle se trouvait notre malade du premier jour de son admission dans nos salles. Ne pouvant pas se bien nourir tantôt par une inappétence extrême, tantôt par suite des douleurs que les lésions bucales lui causait, il ne pouvait qu'aller de mal en pire. Notons encore une insomnie rebelle à la plupart des narcotiques.

Les toniques, le fer, la quinine avec de l'iodoforme, les bains prolongés de 2 a 3 heures, à 29°, la cocaïne pour calmer les douleurs de la cavité bucale, et pour lui faciliter l'alimentation, ne firent prolonger plus de trois mois les souffrances de ce malade.

Pendant les trois mois qu'il a été dans le service nous avons observé des nombreuses poussées de bulles, celles ci paraissaient par nombre de 20 à 30 à la fois. Toujours les nouvelles poussées étaient précédées de frisson, d'agitation et de peu de fièvre. Les bulles, qui étaient petites les premiers jours, se confondaient ensemble un jour après, et formaient des vastes denudations épidermiques. Après deux semaines de séjour à l'hôpital, le malade a

diarhée. Ensuite pendant deux semaines le malade va rélative-
nt mieux. La plupart des plaies semblaient se couvrir d'une
ère couche epidermique, mais à côté, d'autres bulles venaient
montrer, de sorte qu'on n'a pas eu qu'un espoir éphémère.

Puis la diarhée, des nouvelles poussées de bulles, affaiblissent
plus en plus le malade qui meurt comme nous venons de le
r le 6 Septembre.

La nécropsie est faite dans des bonnes conditions. Tout
ɔord je remarque l'inégalité de volume des ganglions spinaux
la région cervicale. Le foie présente l'aspect du foie, atteint de
;énérescence graisseuse, et on constate une entérite aiguë.

Dans la peau par l'examen microscopique je constate l'atrophie
.isseuse particulière du derme, l'altération de la plupart de nerfs
la peau, occupant la couche superficielle et profonde du derme.
ltération consiste dans l'atrophie d'un grand nombre de fibres
nyéline de gros et des petits troncs nerveux.

Les vaisseaux examinés sur plusieurs fragments des peau,
se du voisinage des plaques saignantes, présentaient une hypér-
ie, et une dilatation trés prononcée.

En même temps, j'ai constaté la kératinisation des cellules
ıtrales des glandes sudoripares.

L'examen microscopique nous a fait voir une cirrhose grais-
ıse trés avancée.

L'examen histologique des nerfs suivants nous a montré aussi
; lésions.

Nerf Cubital. Il présente des fibres nerveuses dégénérées,
une augmentation des fibres pâles.

Nerf Intercostal. — Par la dissociation, et sur des coupes
s constatons un grand nombre de fibres atrophiées.

Nerf Tibial. — Par la dissociation, et sur les coupes, on
erve de même un grand nombre de fibres minces, et une légère
rose conjonctive.

Tandis que les nerfs médian, et le sciatique poplité interne
ient indemnes.

L'examen d'un grand nombre de coupes des ganglions spi-
ıx nous a montré les lésions suivantes.

Ganglions cervicaux. Indemnes d'altérations anatomiques.

Ganglions dorsaux, et lombaires. Présentent des faisceaux
veux contenant un grand nombre de fibres nerveuses fines, et
ı fibres atrophiées comme on peut le voir (Pl 2, Fig. IV).

Moëlle. — L'examen des coupes de la moelle ne nous a rien montré d'anormal.

L'Ependyme était oblitéré par une prolifération cellulaire.

Comme nous venons de voir le résume des observations de ces trois cas nous montre, que l'éruption de la dermatose s'est genéralisée assez rapidement à toute la surface de la peau, et dans les trois cas elle a suivie une marche envahissante, centrifuge et régulièrement symétrique. C'est ainsi que les efflorescences ont paru prémièrement aux membres supérieurs, tronc, et puis aux membres inférieurs. Chez les deux malades qui font le sujet de nôtre première et deuxième observation le pemphigus a commencé par la cavité buccale, d'où les lésions ne se sont étendues qu'après plus de deux mois. Si bien qu'étant donné de voir ces malades à cette première évolution de la maladie, ou est souvent en train si l'on n'est pas très expérimente, de prendre pour des plaques syphilitiques les lésions premières de la variété la plus grave du pemphigus.

Du reste ces fautes ont été commises, et notre première observation en est un exemple. Peut être que dans nôtre deuxième cas, il en a été de même, mais comme nous l'avons déjà dit, la malade étant très abattue à son entrée dans notre service, elle n'a pu nous donner aucun renseignement concernant les soins qu'elle a eu pendant l'année de sa maladie.

De sorte que le clinicien doit être sur ses gardes, lorsqu'il se trouvera en présence d'évolutions bulleuses, ou de dénudations épitheliales du côté de la cavité bucale, ét des commissures labiales.

Maintenant si l'on veut bien se rapporter aux observations de nos cas où verra, que la marche de la maladie a été plus que rapide; en effet chez le malade du premier cas la mort a eu lieu après six mois seulement; dans le deuxième cas cette terminaison s'est accomplie après une année; et enfin après une année et demi de maladie, et mort le malade de nôtre troisième observation.

Nous avons donc eu à faire ici à une forme presque aigué du pemphigus foliacé, puisque quelques fois cette dermatose a une marche chronique, et le tableau clinique de l'affection est tout autre dans des semblabes formes. Pour cela on n'a qu'à comparer les toiles à l'huile de nos cas, avec ceux des autres observateurs qui sont exposées dans les musées de leur services.

Le tableau clinique de cette dermatose dans nos trois cas étant donc tout à fait semblable, à quelques lésions cutanées de

dans un cas, voyons si nous trouvons encore d'autres points
s rapprochent l'un de l'autre.
D'abord nous ferons observer que les malades de la première
ıxième observation ont eu pendant l'éclosion de la dermatose
ıi du premier cas des années même avant, de l'épistaxis
abondant, et à diverses reprises, tandis que dans le troisième
: signe a manqué.
Mais nous trouvons que tous les trois ont eu le système
ıx plus ou moins suréxcité, par des contrariétées du sort le
ouvent, et le sujet de nôtre troisième cas a eu même une pé-
de surexcitation cérébrale assez manifeste.
La cause finale du décès dans ces cas s'explique par la diarhée
tante que nous avons mentionnée chez tous ces malades d'un
et de l'autre, à côté des autres altérations anatomiques, par
;énérescence graisseuse du foie, que nous avous constatée
les deux cas auxquels nous avons pu faire la nécropsie com-
Il est certain que le foie a un rôle immense dans l'organi-
, nous n'avons pas besoin de le prouver, par conséquent un
qui n'a presque pas de cellules à l'état normal, qui
ısente une cirrhose graisseuse, ne contribue pas pour
ı la mort de l'individu.
La question la plus importante que nous devons resumer en
ıes lignes, est celle qui se rapporte aux lésions histologiques.
avons decrit plus haut eu détail ces lésions, ici il s'agit de
her à voir, si ces lésions ont elles quelque chose de patho-
onique comme on dit, pour le vrai pemphigus.
Il est certain que d'une maniére générale on trouvera des
s plus ou moins étendues, selon l'époque à laquelle les ma-
succombent, et cela dans toutes les affections avec lésions
ielles connus. Mais même cette question mise de côté, si
ınalyse bien les choses observées, ou peut encore arriver à
réter à leur juste valeur les faits qu'on à étudiés.
La plupart des auteurs ont cherchés à trouver le siège de
ion principale du pemphigus, dans la moëlle épinière. Nous
indiqué au commencement de ce travail les résultats auxquels
ırrivés les auteurs de ces recherches. Disons de suite que
s les faits connus jusqu'ici, on ne peut dire que le vrai
higus a son point de départ dans ce centre nerveux.
Dans les cas les plus manifestes de la plupart des auteurs,
sujet de ma troisième observation entre dans ce groupe, on
ouvé que des lésions très insignifiantes, ou nulles du côté

de la moëlle. Voici du reste l'analyse microscopique de la mœlle faite dans un cas [1]) par le professeur Babès. »Sur des coupes cet auteur a constaté l'état pigmenté des meninges de la région cervicale, l'épaississement du tissu conjonctif, qui de la periphérie pénètre à travers la zone de Lissauer. Le canal de l'épendyme oblitéré par des cellules en prolifération. Sclérose de l'artère de la comissure antérieure, ceci pour la région cervicale. La moëlle dorsale étant de faible consistence, on a fait difficilement des coupes sur ces coupes on a constaté un œdème myélinique à la périphérie de la moëlle. Les cornes antérieures étaient raréfiées, œdématiées, et la plupart de cellules, fragiles sans noyau. La zone de Lissauer et les racines postérieures étaient plus riches en névroglie.« C'est comme on le voit des lésions sans importance. Si l'oblitération du canal épendymaire par les cellules en prolifération ne se rencontrerait que dans le pemphigus, nous dirons que cette lésion est importante puisque nous l'avons aussi rencontrée dans nos trois cas, mais il n'en est jamais ainsi.

Parmi les trois moëlles que nous venons d'analyser histologiquement, dans deux, celle du premier et du deuxième cas, nous avons trouvé quelques lésions assez limitées du reste, du côte des cordons postérieurs et des cortons antéro-latéraux, somme nous les avons décrites plus haut dans le premier cas. Mai ces lésions n'étaient pas systématisées, et ayant fait complètement défaut dans la moëlle de mon troisième cas, pour l'étude de laquelle j'ai mis beaucoups de soins, je ne puis encore une fois accorder une autre valeur aux lésions trouvées dans la moëlle de ces malades, que celle d'une lésion secondaire, et de pure coïncidence. Du reste même les lésions mentionnées du côté des cordons postérieurs, elles etaient bien moins manifestes dans le second que dans le premier de nos cas, alors que, comme nous le savons maintenant, l'individu du premier cas est mort six mois après le début de son pemphigus, tandis que le deuxième meurt après une année, et le troisième après une année et demie.

Puisque de l'examen histologique d'un grand nombre de moëlles fait par les differents auteurs, et par nous même, nous ne sommes pas arrivé à des meilleurs résultats sur ce point, je crois que désormais on doit s'attacher à l'étude des nerfs de la peau et des troncs nerveux principaux, comme aussi des ganglions spinaux. Suivant le courant de mes prédécesseurs je ne me suis

[1]) Clinica loc. cit.

occupé que de l'étude de la moëlle, aussi je n'ai pas insisté
oique le cadavre était reclamé par la famille) de prendre des
;ments de peau de mon second cas, de sorte que je n'ai fait
ce point que l'étude du premier, et du troisième cas. En même
ıps comme je l'ai dit, lors de la nécropsie du premier cas, j'ai
en congé, et on n'a pas pris des fragments de peau en vue
:udier les nerfs de ce tégument, c'est pourquois on obsèrve que
ıs la description que nous avons fait de l'examen histologique
la peau provenant du sujet de la dite observation, nous n'avons
ı parlé des nerfs, puisqu'ils manquaient sur les coupes examinées.

Nous ne pouvons donc formuler une opinion que sur les ions trouvées dans la peau du sujet de la troisième servation; des racines rachidiennes, et de quelques nerfs et ıglions spinaux, que nous avons pris du second et troisième cas,

Les lésions que nous avons trouvées dans ces orgas, sont je pense assez évidentes, comme on le voit sur s planches, pour qu'on puisse espérer que c'est de ce té qu'on arrivera peut être à trouver la localisation aie du pemphigus.

Pour mes lecteurs peu au courant de la gravité qui comporte prognostic du pemphigus foliacé. Je dois ajouter en terminant mots suivants, que Mr. E. Besnier, le chef de l'école dermato-;ique en France, a prononcé dans la séance du 10 mars 1892, à société francaise de dermatologie et de syphiligraphie. Etant ısulté par Mr. Barbe, au sujet des résultats qu'on pourrait obir par le bain continu de Hebra dans le pemphigus foliacé, Besnier s'exprima ainsi: »Le pemphigus foliacé ne parait pas oir bénéficier de ce puissant modificateur; je n'ai obtenu aucun effet du maillot humide permanent sous pansement imperıble, et Unna me citait ces jours derniers, à propos de ma lade un cas dans laquel après trois mois de bain continu, et le lade, ayant refusé de continuer à l'arrivée de la saison froide, la ıation antérieure s'était retablie comme si le traitement n'avait s été employé. Mais si le bain permanent, ou les bains proıgés sont sans action sur cette grande dermatose au dessus de utes nos ressources actuelles, le bain prolongé, de trois à c heures, et extrémement utile dans d'autres affections, telle que vers prurigos diathésiques, et dans les cas de psoriasis rebelle«.

## Discussion.

**Hardy** (Paris). L'observation que vient de nous lire M. Petrini confirme ce que j'ai toujours dit relativement au pemphigus. A part les alterations des ganglions spinaux qu'il vient de nous décrire et qui tout peut-être spéciales, on trouve dans les autopsies de pemphigus les lésions, qui ont causé la mort, lésions très variables affectant souvent l'intestin, plus souvent encore le poumon, mais n'ayant absolument rien de spécial.

**M. Petrini.** Je suis très heureux d'être d'accord avec M. Hardy sur ce point. La moëlle elle-même examinée avec toutes les méthodes nouvelles ne m'a fait découvrir aucune lésion que je puisse croire spéciale au pemphigus.

Herr Radcliffe-Crocker (London):

### I.

### Dermatitis repens.

In my treatise on diseases of the skin published in 1888 I related tree cases of a rare condition which had hitherto escaped attention on account of its being confused with eczema.

I desire to again bring the subject forward, because further experience has thrown some additional light upon the etiology and pathology of the affection, and has brought out more clearly its differentiation as a clinical entity; and secondly, I felt that if I could secure the attention of such a representative body of dermatologists as this which I have the honour of addressing, further valuable facts would soon accumulate as its recognition extended.

You will, I trust, pardon me, if I recapitulate the first case which came to my notice, as it was one of the most marked which I have had and presents most of the features of the disease so typically that it forms a convenient text for my further remarks.

The first case was a young man who had part of a finger amputated from injury; it healed up normally, but at the border

of the wound a dermatitis commenced, which extended gradually up the palm, and then over half the hand and down the fingers. My colleague, Mr. Godlee, then sent him to me. The general aspect suggested an eczema rubrum. The thin surface was denuded of epidermis, extremely red with oozing points from which a clear fluid exuded in drops like sweat; at the border of the inflammation, which was sharply defined, the epidermis was undermined by fluid and slightly raised. The disease extended steadily and uninterruptedly, at the rate of about an eighth or a fourth of an inch per week, and was not arrested for some months, when it had involved the whole forearm up to the elbow, while the hand had got well, leaving the skin red and tender. There was no manifest departure from health, he was well fed and there was scarely any itching.

The treatment at first was that for eczema; this failing, the undermined skin was snipped away; first nitrate of silver and afterwards sulphate of copper were applied to the spreading edges. The copper seemed to have some effect, the disease spread more slowly, and not uniformly, but was not really stopped. Finally, after many trials, lactate of lead, wrapped round it night and day, seemed to be the curative agent. A continuous arm bath made it spread faster.

The extent and duration is exemplified in my second case, a lady aet 28. It began on the wrist six months before I saw her and spread down the hand and up the arm; and six months later was as high as the biceps. Ultimately it reached the shoulder, extended across the back of the neck and down the other arm to the elbow. It got well only after two years of varied treatment. Ultimately it was cured by snipping off the loosened epidermic border and painting on a 10 per cent solution of permanganate of potash until a crust was formed.

The process may be acute and spread rapidly or very slowly. I am much indebted to Dr. Garden who lectures on diseases of the skin at the University of Aberdeen, for notes of two cases and photographs of the one I now relate, which illustrates rapid extension and other points.

Donald M'Donald, 39, labourer, came to the hospital as an out patient on January 3rd 1891, suffering from Panaritium of the left hand, the result of inoculation apparently from a bone scratch on the back of the left 4 th finger. The finger was incised and iodoform ointment applied as a dressing.

On January 5th it was noticed that the 4th and 5th fingers were denuded of epidermis. The surface was red and raw looking and from it there exuded a very copious flow of colourless fluid. Jodoform ointement was applied. During the next few days, the process spread to the other fingers and the back of the hand. On the 8th, he was admitted as an in-patient for observation. The disease continued to spread, and in the form of vesicles and bullae at the circumference of the affected part. These burst and left behind them the same raw weeping surface as was observed on the fingers first attacked. The diagnosis of dermatitis repens was now made. By the 12th January the whole hand was involved; the parts first affected shewed some disposition to heal, but the disease continued to spread upto the forearm, salt was substituted for iodoform in the dressing. On the 14th it is noted as well up the forearm. The state of matters on the 16th is shewn in the photographs. On the 17th and 18th a few vesicles appeared in front of and behind the elbow. The disease now became arrested. The weeping ceased, the separated epithelium became dry and was cast off in the form of scales. By the 24th January the hand and forearm had entirely healed.

Throughout the attack there was no constitutional disturbance, no rise of temperature, while the appetite etc. continued good.

In regard to this man, it is interesting to note that two years before he had his finger-nail torn off. It was dressed antiseptically, and three days after symptoms identical with those described above set in, and the disease spread as high as two inches above the elbow. It ran a course of about six weeks. It was diagnosed by the Surgeon under whom he then was as eczema.

On the other hand, there are cases of slight intensity and slow extension and, as might be anticipated, an absence of moisture in such cases.

Elizabeth J. aet 57 came to University College Hospital with a history of having had a slight burn a year previously on the 2 nd finger of her left hand. It never healed soundly, but did not extend much till six months when the inflammation spread to the end of the finger and towards the palm and thence as far as the first phalanges of the index and ring fingers and about half that distance on the fourth. On the palm it extended nearly to the root of the thumb as is well shown in the drawing. Unlike the other cases there had been no noticeable oozing throughout, she said, but the slight scabbing here and there renders it probable that there had been a little exudation. The raised undermined epidermis at the spreading border is well shown, while it is absent on the first and second fingers, on which the disease was no longer active. There being little or no fluid the edge was not sodden, but was composed of dry diseased epidermis. The woman was rather stout, but perfectly healthy and there was not the smallest ground for suspecting syphilis. I mention this because a case very like

it of which I shew the photograph came under my notice in which there was a history of syphilis twenty years before. This gentleman however, was sure that he had had no symptoms of syphilis for 18 years and his present trouble began two and a half months previously after knocking the skin off the knuckles of the ring finger. The wound healed but the surface remained rough and peeled, spreading round the finger, and on to the palm for a short distance and to the adjacent finger. It got well in about three months under the local inunction of Ung. Hydrargyri. I mention the case, as some may think this is a proof that it was due to syphilis, but do not consider that the lesion was really syphilitic, but that it is another instance of the disease in question, like the woman's hand just shown.

In all the cases except two, an injury of some kind, involving a breach of continuity of the skin has been the immediate antecedent and the starting point of the disease. In the two cases in which there is no history of injury, no inquiry was made on the point as they were two of my earliest cases, before the significance of these injuries was suspected. These injuries may be very trivial in their character as an abrasion or slight burn, or so severe as to necessitate amputation of the part. It may occur at all ages. The youngest I have met with is a girl of eleven years in whom the disease began after running a splinter under the nail but it did not extend beyond the injured finger. It was checked by an iodoform ointment. The oldest case was a man aet 87 who had injuries to his left shoulder and arm, and to his right hand, the fingers of the latter were typically affected when I first saw him. The history was that forty-eight hours after the injury, an eruption had commenced on the left arm, extended up to the shoulder and down half of the forearm, the right ring and fifth finger being soon after affected; the arm eruption had healed so far that it cannot be affirmed that it was of the same character as the fingers which, when I saw him, were typically affected.

Nearly all the cases have, as might be expected, started in the upper limb, generally the hand, as it is naturally most exposed to injury, but I have met with one case in which it began on the sole of the foot, on which a blister the size of a pea appeared the day after the patient had walked barefoot in the sea, and when I saw him six weeks afterwards the lesion was the size of a crown piece. Here there was no direct cognizance of an injury, but it is well known how a slight injury inflicted under water is unfelt. In only one case has there been a second attack, viz: Dr. Garden's but here again, both attacks followed an injury.

To sum up the symptomology. The disease consists of a spreading dermatitis starting from an injury to the skin. The dermatitis is usually manifested by a free exudation of fluid in the form of vesicles or a bulla, the result of which is, the complete denudation of all the upper layers of the epidermis, leaving an intensely red surface, oozing in numerous points. Occasionally when the process is sub-acute, visible exudation may be slight or absent: the border consists of the epidermis undermined and raised up by fluid exudation and is usually sodden, but may be dry. The disease spreads by direct extension, not by the formation of fresh foci either near or away from the original morbid area. It may extend over a part or the whole of a limb or even over a large portion of the body, and is not accompanied by marked itching, burning or disturbance of the general health. Finally, although very rebellious to treatment, it ultimately yields to local remedies of an antiseptic character while internal treatment appears to have no effect.

The disease it most nearly resembles is eczema, but it differs in its purely local origin; in its unilateral limitation; its absence of any tendency to form new foci; in the sharply defined border with undermined edge of sodden epidermis; the complete denudation of the epidermis on the part over which it has travelled and in the absence of marked itching and burning. No doubt individual cases of eczema may present one or more of these characters but none a combination of these symptoms which appear to be remarkably constant, except as regards the amount of exudation. Dr. Garden thinks it presents some resemblances to Dysidrosis or Cheiropompholyx, but as he himself points out, it differs notably in the unilateral distribution, in the rawness and weeping, to which he might have added the comparative rarity of bullae or even vesicles and the absence of tendency to spontaneous recurrence which is so marked a feature of Pompholyx, while in dermatitis repens a fresh injury alone appears able to start a new attack.

The dry cases may resemble a tertiary scaly syphilide.

The history of an injury as a starting point, the single lesion, the definite and steady way in which it spreads and its being uninfluenced by internal remedies are the most important points of distinction.

The most probable pathology, it appears to me, from the symptoms and result of treatment, is: that a peripheral neuritis

started by an injury leads to a superficial dermatitis and is followed by microbic infection of the skin and the practical point is, that the treatment should be directed to the disinfection of the inflamed skin by cutting away the undermined epidermis and applying microbecides of which iodoform, permanganate of potash and lactate of lead have been the most successful. Dr. Garden writes to me, »I am quite satisfied that the disease is a distinct one, having clinical features which clearly differentiate it from eczema or any other skin affection. It is beginning to be recognised here (i. e. Aberdeen). A beautiful case from the wards of one of my colleagues having been sent to me, the diagnosis having been correctly made by the House Surgeon.«

I trust what I have said may excite your interest in the subject and while extreme and well-marked examples are no doubt rare, you will not have to wait long before cases of slight degree come before you.

II.

### Adenoma Sebaceum.

Adenoma Sebaceum was known to Rayer who described two cases in his classical work, viz: Cases CLXXIV and CLXXV where they are called Vascular Elevations and Excrescences of the Skin. Moreover he figured it in his Atlas, Plate XX Fig: I as végétations vasculaires.

It was not, however until Balzer rediscovered it and gave it its present appellation that it began to attract attention; Vidal and Hallopeau then met with cases and no less than five models of it exist in the Saint Louis Museum. Then followed Pringle's case, on which he wrote a very able paper in the British Journal of Dermatology, Vol III bringing together all the recorded cases except those of Rayer. Three others have been shewn at the English Dermatological Society and Caspary has published a case in the Archiv für Dermatologie und Syphilis. The disease would appear to be a rare one and three cases having come under my own observation and others under my cognizance, I thought it might interest the Congress if I demonstrate the leading features of the affection. Here I may say that the disease is probably not so rare as it is generally thought to be. The great bulk of the cases are under lock and key in the public Asylums and therefore do not

come much under the notice of the dermatologist. At the present moment I know of cases in three Asylums in England and I have no doubt that there are many more scattered about the country unrecognised by those who have the care of them. It appears to be like fibroma, a not very rare appanage of chronic Epileptics and others mentally defective from their birth although, of course, it may occur in persons of average intelligence. There appear to be two types of the disease. In one which is the most common, Telangiectases are a prominent feature both in the lesions themselves and in the neighbourhood. In the other type Telangiectases may be nearly or quite absent, and in these, many if not all of the lesions appear like miliary masses of white wax in the skin.

In one of my cases, a yellowish brown hue of all the growths round the mouth and nose was the most striking feature: The lesions special to the disease are practically confined to the face and the most characteristic are on the part of the face below the forehead. They are especially abundant above the naso-labial fold, the sides of the nose and on the chin; a few lesions may be seen on to the neck and ears in some cases. On the forehead instead of the round miliary bright red or waxy lesions massed closely together which characterise those on the lower part of the face, they are isolated and sparse, often oval in outline, brownish in tint and semi-translucent and may be one-third of an inch long. Defects [illegible] the skin, but of a different character are invariably present on t[illegible] trunk and limbs. These consist of the small fibromata or th[illegible] empty sacs so common on the skin of old people. They are m[illegible] abundant about the neck and shoulders.

Secondly, small groups or patches consisting of round[illegible] hempseed-sized, convex papules, evidently seated at the hair follic[illegible] of the same colour as the normal skin, are scattered about [illegible] back and shoulders, singly, in small groups or patches. Besi[illegible] these in a considerable number there is a patch of several aqu[illegible] inches situated either on the right or left back above or near the c[illegible] of the ileum a few inches from the spine. It is evidently made [illegible] of the follicular papules alluded to and their structure will b[illegible] presently considered. The constancy of the localisation of th[illegible] large patches is note-worthy and difficult to explain. (Model [illegible] and drawing shewn.)

Case I. Edith M. aet. 20 was first seen by me on January 8th 1892 in the National Hospital for the Paralysed and Epileptic, where

she was under the care of my colleague Dr. Bastian, wo kindly allowed me to make what use I liked of the case and I subsequently admitted her into University College Hospital for more thorough observation.

The patient is intellectually distinctly deficient and childish and is the subject of chronic epilepsy, but in other respects her general health is good.

The mother states that both the fits and the eruption date from the time when the girl was fourteen years old, though she had convulsions in infancy.

The general hue of the eruption is deep crimson on the cheeks, pale red on the nose and only slightly more pink than the normal on the forehead.

The great bulk of the eruption is on the sides of the nose and on the cheeks, especially along the naso-labial fold where they are semi-confluent, though it is always possible to discern the individual outline of the lesions which are firm to the touch, circular in contour, convex in elevation, and vary in size from a pin's point to a hempseed, the majority being but little larger than a millet seed. On the side of the cheeks, the bridge of the nose and on the chin they are much less abundant and are all discrete and many of them so small as to be little more than pale red puncta scarcely elevated above the surface, but two of those on the chin are the size of a hempseed. In the angle between the nostril and the cheek they are very small and of paler tint but very closely agminated. About half an inch above each eyebrow is an oval lesion, the rigth one a quarter and the left one third of an inch long, projecting considerably more than those on the cheek with a very slight pink, that a the upper portion fading away to normal at the base. On the right temple are two similar but smaller nodules and several pinshead sized papules are scattered above. There are a few on the upper eyelids and on the upper lip, but none on the red of the lips or mucous membranes. There are one or two on the auricles like those on the forehead, but none on the neck or body except one or two behind the left ear, there being none below the chin or beyond the angle of the jaw. When the cheecks are examined with a lens, the whole surface shews minute telangiectic mottling on the normal surface as well as on the nodules. In some of the latter the component vessels are visible, in others they are not, but all have the same bright crimson tint. On the neck there are a large number of small flaccid fibromata. On the back and limbs the skin is coarse, there are a few small fibromata like those on the neck, none larger than a small pea. A few pigment patches, some large comedones, and as already mentioned in the general statement follicular papules, some as large as a hempseed, of the same colour as the skin. Most of them are in small groups some single and there are two patches. These are of the same nature, but the component lesions have coalesced more or less completely. The smaller patch is over the right acromion about 2 inches by 1 inch. The larger about three

and a half by 2 inches just over the left iliac crest and the same colour as the normal skin and it has a few large cornedones on it. The small group just above the large patch was excised for examination.

The two large lesions on the forehead were also excised and from the naso-labial fold a strip of skin was removed, the edges were brought together and united by first intention. The rest of the cheeks were vigorously scraped with a curette. The result was a great improvement in the patient's appearance. Most of the nodules were removed and the skin healed without scar where the curette had been used and only a lineal one at the naso-labial fold which was flattened down and took away from the puffy appearance she had previously presented. I found the nodules very resistant to the curette and more could have been done with advantage.

Case II. Maud D. aet 20 but locking only 14 is a chronic epileptic and an imbecile in the Eastern Counties Asylum for Idiots at Colchester, and I am indebted to the Superintendent, Dr. Hall, for allowing me to have this drawing made of her. We were not able to obtain any history as to the onset of the disease. Her aspect differed considerably from the previous case, for whereas the general hue was a bright crimson in Case I, in this it was a dull brownish tint especially round the mouth and nose where the nodules were most abundant. The drawing which is otherwise accurate is not so brown as the patient looked a fortnight ago when, I saw her, the litograph of Pringle's case would represent it, though I believe that the colour of his case was really brighter than that. In other respects the lesions were of the same character as base I. They were more abundant on the chin, not quite so numerous on the cheeks while they were round and smaller on the forehead, but were almost normal in colour. The lesions on the body also were similar; numerous flaccid fibromata, follicular colourless papules in groups and singly, even a similar patch just above the ilium only on the right side instead of the left. On the hips and thighs the follicular papules were more abundant than in Case I. There were no subjective symptoms.

Case III. I have kept this case to the last, although it was the first to come under my care, because it differs in several respects from the others.

In the first place, the patient was a lady of average intelligence instead of being a pauper imbecile, and secondly it was a marked exception, and as far as I know the only one to the rule, that the disease is symmetrical.

Her age was 48. The disease was strictly limited, as in the drawing, to the right side of the face below the forehead. She stated that the little tumour on the right lower lid was present at birth, that it had slightly increased since to its present size, one-third to one-eighth of an inch while the others have gradually developed, but more rapidly during the last year. They are not very numerous and those on the cheek vary from a millet to a hemp-seed in size; the small ones are round, the larger oval. Near the nose at the angle with the cheek the papules are closely aggregated while slightly translucent and waxy-

looking, but those on the cheeks are discrete and bright red from minute telangiectases. Besides the papules visible to the naked eye, there are myriads visible with a lens all over the right cheek. She says that she experiences great heat on this side when she flushes after food as she has done lately. In other respects they only give her trouble from their unsightly appearance.

As the coloured ones were few in number I resolved to try the effect of electrolysis on them and I succeeded in destroying them without any noticeable mark being left, to the patient's extreme satisfaction.

## Microscopical Examination.

In the lesions excised from the cheeks of Case I there was no disturbance of the epidermis beyond moderate thickening of the rete. The lower border of it was for the most part even, papillae being only occasionally indicated. The dipping down of the interpapillary processes into the corium described by Pringle was not present in my sections, though in some places rudimentary hair follicles simulated such down growths but into the base of many of them sebaceous glands opened.

The corium was considerably thickened as a whole. The upper half was studded with rudimentary hair follicles, only a few of them being sufficiently large to go into the deeper portion of the corium. Immediately below these rudimentary follicles were the most conspicuous objects of the sections: — Enormous sebaceous glands, single and compound, most of them opening as already stated, into the base of the small follicles, but into the side of the larger hairs. There were no striking peculiarities in the sebaceous glands except their size and number which were very great.

A very large number of large sweat coils also were scattered throughout the deep portion of the corium. Differential staining with Bryondia shewed the papillary vessels to be conspicuous, there were no signs of inflammation, but there was moderate increase of fibrous tissue.

In the large lesions from the forehead, the most striking difference was the replacement of enormous numbers of the rudimentary hair follicles and the sebaceous glands by fibrous tissue of which the greatest portion of the tumour was composed, so that only a few follicles and a few portions of sebaceous glands were scattered through the sections.

The examination of the outgrowth if the large patch near the ilium proved what indeed was clinically evident, that the lesions were seated at the hair follicles and the only change of importance

was a formation of dense fibrous tissue round the hair follicles. There was also a trifling amount of lymph cell infiltration round the vessels which immediately surrounded the hair follicle.

Considering the clinical and anatomical features in their entirety there can, I think, be little doubt, that it is the offspring of an error of development of the skin, involving, as in some other of the cases, not only the sebaceous glands, but the hair follicles and sweat coils, and while Adenoma sebaceum expresses the most conspicuous feature, it is only one of the series of changes, the disease really being, so far as this case goes a pilosebaceous hydradenoma. J am much indebted to Dr. Shuttleworth of the Lancaster Asylum & W. Dr. Hetcher Beach of the Durenthe Asylum for lending me Photographs of cases under their care which have helped to illustrate my paper.

## III.

## Acne scrofulosus.

Acneiform eruptions on the limbs in adults are well known in connection with cachectic conditions, but are of not very common occurrence. They may also occasionally be seen in adults without any evident cachexia. In children the case is different. Except a few pustules as a complication of the worst forms of Lichen scrofulosus, I am not aware that a general acne in children has been described, but if I am in error on this point I could not, I am well aware, have a better opportunity than at this Congress for being corrected.

The condition, at all events, is a rare one. During the fou[illegible] teen years in which I was physician to a Children's Hospital amon[illegible] the poorest of the poor, as well as at University College Hospit[illegible] I have only seen three cases, and at the London Dermatologic[illegible] Society, my friend Dr. Pringle is theonly one who has shown a cas[illegible]

Case I. Matilda H. aet 5 years. The case of which I show th[illegible] drawing came to University College Hospital on March 30th 189[illegible] The eruption for which her mother brought her was thickly scatter[illegible] over the buttocks, thighs, and to a moderate extent over the upp[illegible] limbs and below the knee. There were only a few on the trunk abov[illegible] the loins, none on the front of the trunk, but they were abundant o[illegible] the sides of the face and round the ears and on the front of th[illegible] right cheek. There were one or two on the eye-lids, but none o[illegible] the scalp.

The mother stated that the eruption began below the knee thre[illegible] months previously and soon after nearly all over the lower limbs; i[illegible]

had only been out on the arms for about a month and on the face for a fortnight.

The eruption consists of pinshead and hemp-seed and occasionally small pea-sized lesions with a highly inflamed base and small pustular apex, evidently seated at the hair follicles; in short, except that they are generally smaller they are exactly like ordinary acne without comedones. The pustules do not itch now but they did a little at first. They come out in crops, some going away and leaving purplish stains, but only slight scarring at the most and often none.

The child was pale, not very strumous looking, but had enlarged glands under the jaw, nebulae on the cornea from old ulcers and colobroma of the right iris. The grandmother died of phthisis and the mother is herself in consumption. Her other children are quite well. The child attended for some weeks. Fresh crops of eruption still continuing to appear when she was admitted to another part of the Hospital with acute nephritis.

Case II. Fredk. D. aet 3 years came to the East London Hospital for Children in November 1882. The child had been out of health since June, but the eruption had only commenced two weeks. It was scattered irregularly all over the cheek and limbs except the hands and feet, and was more abundant on the flexor than on the extensor surface. It came out in crops of a few at a time, but has been stationary for the last few days. It consists of pustules on a well-marked red base from a pinshead to a hempseed in size and there is a slight tendency to umbilication in some of them. They are not shotty and they do not itch. The hair follicles are rather conspicuous everywhere but it is not like a lichen scrofulosus, and there is no attempt at grouping. There was no phthisis in the family.

Case III. William M. aet 10 came to the East London Hospital for Children in March 1884 and was sent to me by my colleague Dr. Warner for diagnosis. The child had had scarlatina three years previously and had never been well since, but the eruption had only been coming out for a month. It had never been on the trunk; it was on the extensor surface of the arms and forearms, most on the arms, very abundant on the buttocks, on the lower third of the thighs in front and on the upper two thirds at the back. The lesions were hempseed sized and consisted of pustules the size of a pin's-head on a red inflammable base. They begin as very small pin's-head sized vesicopustules which dry into yellowish scabs on a red base. They come out in crops and those which have died away have left purplish stains. They do not itch. The boy had also corneal ulcers and otorrhoe of both ears. Crops of eruption continued to come out for several months, but he slowly improved on cod liver oil and iron.

It is evident from these cases that the eruption is an acneiform folliculitis connected with the strumous constitution and family history and therefore cod liver oil und io iron are indicated, while weak sulphur applications might be usefully applied, or where the opportunity exists, sulphide of potassium baths or those of sulphur springs. It might be confused with the persistent cases of varicella that Mr. Hutchinson

has described, but there would be no history of a direct connection with varicella. The lesions are smaller, pustular from the first and the crops consist of only a few pustules at a time. The other strumous manifestations which are almost sure to be present would also be suggestive. I cannot imagine any other mistake in diagnosis possible.

## IV.

### Demonstration.

Dr. Radcliffe Crocker gave a demonstration of wax models watercoloured drawings, photographs and drawings of microscopic sections of Adenoma sebaceum; Dermatitis repens; Acne Scrofulosus; Congenital Ichthyosis; and a gyrating Erythema produced by a larva. He showed that Adenoma sebaceum had been described by Rayer and that it was not so rare as it was usually thought to be, but that most of the cases being among imbeciles and chronic epileptics were locked up in the lunatic and idiot asylums. He showed also that there were telangiectic and unvascularised cases in the latter the lesions resembled white wax. Also that the lesions were structurally pilo-sebaceous hydradenomata on the face and pilo-fibromata on the trunk. Dermatitis repens was a disease something like eczema with a constantly creeping edge and with denudation of the epidermis produced by fluid exudation which was usually abundant and continued after the denudation. The disease was entirely local dating from an injury often of a trivial character and was probably due to a peripheral neuritis followed by invasion of microbes, at all events, although very rebellious to treatment it would ultimately yield to the continuous application of antiseptics. Nearly all the cases began on one hand or arm but one case began on the foot in a man who had walked on the sands of the sea shore without his boots.

Acne scrofulosus was a special and rare variety of acne caebecticorum which occured in young scrofulous children chiefly on the buttocks back of the thighs and upper limbs and on the face. The creeping erythema was supposed to be due to a larva travelling under the skin which left behind it a gyrating red line which lasted for several days. The larva travelled from two to eight inches in a day. The congenital Ichthyosis was born with a condition of skin resembling a thick layer of collodion cracking in the lines of flexion and lived nearly two months.

## *X. Sitzung. (Section A.) — 11½ Uhr Vormittags.*

**Vorsitzender: J. Stoukovenkoff.**

### Herr Eraud und Herr Hugounenq (Lyon):

#### herches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique.

Dans des recherches bactériologiques remontant déjà à deux , l'un de nous a établi:

1° que dans la sérosité de l'épididymite blennorrhagique, après nction faite antiseptiquement de la vaginale, il existait un microbe, locoque-staphylocoque;

2° que dans la prostatite blennorrhagique ou mieux dans le idu urinaire d'origine prostatique après pression de la prostate après lavage préalable du canal on constatait également la préce d'un diplocoque-staphylocoque;

3° que dans l'urèthre normal d'enfants ou d'adolescentes vierges tout écoulement uréthral et de tout accident blennorrhagique, milieu des microbes dits saprophytes, on trouvait un diploue-staphylocoque de même groupement morphologique que les édents.

Que d'autre part enfin, chacun de ces microbes étudié séparét, présentait les caractères communs ci-après: 1° la non liquéion de la gélatine; 2° l'absence de toute action pyogène, par inoculation sous la peau des animaux; 3° par leur non passage s le sang des animaux (cobayes), qu'ils tuent par septicémie s lésion appréciable ou apparente des viscères; 4° la faculté réproduire expérimentalement l'orchite chez le chien.

Ce dernier caractère nous a fait nous demander si ce microbe, ariable dans sa forme, toujours identique dans ses effets, n'aurait s quelque rapport avec le gonocoque, ou tout au moins s'il ne ait pas lui-même le microbe de l'orchite blennorrhagique.

Nous avons ensemencé sur agar-agar du pus provenant des 5 à 6 premiers jours de blennorrhagies premières, nous avons obtenu, à la température de 32—34°, au bout de 4 à 6 jours, une culture constituée par des ilôts blanchâtres formant par accroissement une plaque unique, épaisse, parcheminée. La culture pure présente un micrococque disposé par deux ou en amas, animé d'un mouvement complexe d'oscillation, de translation et de rotation, présentant en un mot tous les caractères morphologiques, du gonocoque de Neisser. Comme ceux précédemment énumerés, il ne liquéfie pas la gélatine et il se décolore par la méthode de Gram. A tous égards donc on peut l'assimiler aux précédents. Mais pour affirmer qu'il est identique avec le gonocoque, il faudrait apporter une preuve expérimentale impossible à obtenir sur les animaux. Nous avons essayé de communiquer la blennorrhagie à des chiens soit directement, soit en modifiant la réaction ou la composition de leurs urines par ingestion de bicarbonate de Soude, d'alcool ou d'autres produits, les expériences d'inoculation ont été faites soit avec la culture, soit même avec du pus blennorrhagique : nos tentatives sont restées infructueuses.

Quoiqu'il en soit, nous resterons intentionnellement dans le vague touchant la désignation de ce microbe. Nous nous proposons avant tout ici d'étudier les produits solubles sécrétés par ce microbe.

## I. — Technique.

Avec le produit d'une culture sur gélose, nous avons ensemencé 7 litres de bouillon de veau à 35 grammes de peptone par litre. On a laissé à l'étuve les ballons pendant 18 jours, en agitant de temps en temps à une température de 32—34°, après quoi le contenu a été filtré sur bougie et précipité par 31 litres d'alcool à 93°. Le mélange, abandonné pendant le jour dans des grands vases de verre, a laissé déposer un précipité floconneux qui a été filtré, lavé à l'alcool et dissous dans l'eau. La solution a été dialysée sur eau courante pendant 24 heures à basse température. Il reste dans l'appareil environ 300 cent. cub. d'un liquide aqueux qui a été étendu d'eau, filtré immédiatement sur porcelaine et précipité par l'alcool. Cette première opération a fourni par conséquent un produit solide *A*, et un liquide hydro-alcoolique *B* qu'il convient d'étudier à part-

## II. — Etude chimique et biologique du produit *A* (toxalbumine).

Cette substance, qui présente toutes les réactions d'une toxalbumine, est amorphe, blanc jaunâtre, très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool fort, le chloroforme, la benzine, etc. Elle n'est pas volatile:

odeur et saveur nulles. Elle renferme $4^0/_0$ d'azote de moins que les peptones, soit 11 au lieu de $15^0/_0$; le dosage du charbon et de l'hydrogène n'a pas été effectué. On y trouve de même une assez forte proportion de phosphore, mais elle se distingue encore des peptones ordinaires par l'absence totale de soupe. Les réactions de coloration ou de précipitation la rapprochent des peptones au point qu'il est qualitativement très-difficile de l'en distinguer : l'acide phospho-molybdique, l'acide diazobenzosulfonique, le chlorure d'or et l'acide formique, l'acide picrique et la plupart des réactifs alcaloïdiques des substances albuminoïdes fournissent avec la solution aqueuse de cette matière des précipités. Le réactif de Millon colore en rouge.

Les substances antiseptiques se comportent différemment avec cette matière. Comme ces réactions pourraient intéresser le traitement de la blennorrhagie par les injections, nous les résumerons brièvement; l'acétate de plomb donne un précipité assez abondant, l'azotate d'argent louchit à peine, le sulfate de cuivre donne un louche très-faible : avec la sublimé à 2 pour 1000, précipité très-abondant : ce sel parait être le meilleur précipitant.

Par contre, la ferrocyanure de potassium acétique n'agit que faiblement et à la longue; l'acide nitrique ne fournit pas de précipité.

En liqueur aqueuse, cette toxine se putréfie rapidement en 24 ou 36 heures pendant les chaleurs de l'été : elle exhale alors une odeur infecte, cadavérique, distincte de l'odeur exhalée par les autres substances albuminoïdes en putréfaction.

En résumé, notre substance parait être un dérivé de la peptone. Par la teneur en azote et l'absence du soufre, elle se rapprocherait plus volontiers de la mucine et de la chondrine, mais ces deux corps sont à d'autres égards, si différents que tout rapprochement semble impossible. Elle ne prend naissance que dans des bouillons peptonisés, car si on cultive le microbe dans des solutions d'urée ou d'asparagine additionnées de cendres d'urine ou de viande, on ne peut retirer de ces milieux aucun produit toxique précipitable par l'alcool. La peptone parait donc indispensable à la fabrication du produit que nous étudions ici; elle semble subir sous l'influence du microcoque une modification qui détermine la disparition du soufre, abaisse la richesse en azote, et d'après une équation biologique encore inconnue, provoque l'apparition des curieuses propriétés phlogogènes que nous allons décrire.

Si l'on injecte une solution aqueuse de cette matière dans le tissu cellulaire sous-cutané ou le péritonie du chien, du lapin ou du cobaye, on n'observe rien de particulier. De même en injectant la solution dans l'urèthre du chien ou du lapin, en la déposant sur l'œil, on n'observe rien de particulier non plus même quand on a soin de répéter l'expérience à de courts intervalles.

Mais il en est tout autrement quand la matière pénêtre dans le testicule du chien; elle y détermine en quelques heures une orchite suraiguë qui se termine dans presque tous les cas par l'atrophie de la glande, au bout d'un temps variable, de 3 à 4 semaines environ. Chez le chien jeune, les enveloppes du testicule sont perforées, du pus s'écoule tandis que chez l'animal âgé, les phénomènes sont purement phlogo-

géniques. Il est à peine besoin d'ajouter que toutes les précautions étaient prises pour éviter une infection par la liqueur ou la seringue; l'instrument était stérilisé, et la solution de toxalbumine filtrée sur bougie. Il est impossible d'accuser le traumatisme, car nous avons injecté dans le testicule de plusieurs chiens, de l'eau, des solutions stérilisées ou non de peptone, de pepsine. Les liquides disparaissaient rapidement sans laisser de trace; nous n'avons observé dans aucun cas de phénomène comparable à ceux que nous venons de rapporter.

### III. — Étude du produit liquide *B*.

Après avoir chassé l'alcool et la majeure partie de l'eau au bain marie vers 45°, nous avons successivement épuisé le résidu acide par l'éther, le chloroforme, la benzine; le résidu de l'évaporation de ces dissolvants n'a donné que des traces de substance dont l'éssai chimique n'a fourni que des résultats négatifs.

Mêmes constatations avec le résidu alcalinisé par l'ammoniaque et épuisé par les dissolvants neutres. La matière solide ainsi traitée a été séparée en deux parties par l'alcool. Nous avons pu dans la partie soluble ou insoluble déceler la présence des matériaux constitutifs du bouillon ordinaire (créatine, créatinine, etc.), mais sans y rencontrer des corps à action chimique spéciale.

Enfin les tentatives d'inoculation faites avec ces divers résidus à divers animaux et dans des organes différents, sont restées sans résultat.

D'où nous concluerons que le microorganisme que nous étudions ici ne parait pas fabriquer d'alcaloïdes, au moins dans les conditions de notre expérience.

### IV. — Étude du pus de l'orchite blennorrhagique suppurée: extraction d'une toxalbumine.

Nous avons la bonne fortune de pouvoir ici mettre en regard des recherches expérimentales ci-dessus, un cas d'épididymite blennorrhagique, dont les déductions bactériologiques et surtout chimiques paraissent concorder de tous points avec les précédentes. Il s'agit d'un cas d'épididymite blennorrhagique, — observé sur un jeune homme de 23 ans, de forte constitution et de santé excellente, — terminé par suppuration. Le foyer inflammatoire menaçant de s'ouvrir, nous l'incisons, et après avoir rempli 2 pipettes stérilisées, nous recueillons le pus dans un ballon Pasteur également stérilisé. L'ensemencement avec une goutte de ce pus de 2 tubes d'agar, a fait voir, après une mise à l'étuve (32—33°) de 3 à 4 jours, une culture de diplocoques, également identique à ceux que nous avons rencontrés dans l'orchite blennorrhagique simple et dans le pus gonorrhéique ordinaire. — Quant au pus lui-même, à la dose de 30 c. c. environ, jaune, épais, alcalin, inodore, il a été délayé dans 500 c. c. d'eau distillée, broyé au mortier pour obtenir un épuisement complet, puis filtré au papier et à la bougie. Le liquide qui pass, est précipité par trois fois son volume d'alcool bon

goût à 95°. Après 4 à 5 jours de contact, dépôt de flacons blancs, translucides, qu'on jette sur un filtre après décantation du liquide surnageant. Ce produit lavé à l'alcool est ensuite dissont dans l'eau pure pour servir aux éssais physiologiques. La quantité de matière dont nous disposións ne nous a pas permis de faire des réactions qualitatives, encore moins une analyse quantitative qui aurait permis d'établir des rapprochements indiscutables entre cette substance et celle que nous avons rétirée des bouillons de culture d'un microbe du pus blennorrhagique. Mais nous devons mettre en évidence les propriétés au moins voisines de ces deux produits pour les raisons suivantes: 1° identité du mode de préparation; 2° analogie très-grande des actions pathogènes; 3° l'odeur spéciale que développe rapidement la putréfaction de l'albumine sécrétée *in vitro* par le microbe se trouve absolument identique dans la putréfaction de la matière extraite du pus. Cette odeur extrèmement fétide, mais tout à fait particulière, est à nos yeux un argument d'une grande valeur en faveur de l'analogie et peut-être de l'identité des 2 substances. Ajoutons que nous avons injecté, à deux fois différentes, à quelques jours d'intervalle et dans chacun des testicules d'un chien jeune, un cent. cub. $^1/_2$ du produit filtré à la bougie, et que nous avons déterminé une orchi-épididymite très-nette, qui a été douloureuse pendant 3 à 4 jours, qui s'est accompagnée d'épanchement vaginal, mais sans abscès de la séreuse. L'absence de suppuration, et partout, la non production consécutive de l'atrophie testiculaire, sont ici vraisemblablement due à ce que le liquide injecté était trop dilué, eu égard d'ailleurs à la petite quantité de pus recueilli sur notre malade.

Le même liquide enfin, inséré sous la peau ou déposé sur la conjonctive oculo-palpébrale du même chien, n'a donné lieu à aucune vascularisation, ni irritation quelconque.

Il nous semble donc démontré que dans le pus de la vaginalité blennorrhagique suppurée, il existe une *toxalbumine* qui est très-voisine, sinon identique de celle qui est retirée des cultures du microcoque trouvé dans l'orchite simple.

### V. — Observation de rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire. — Étude chimique du liquide articulaire du genou : absence de toxalbumine.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, présentant au 7^e^ mois d'une blennorrhagie fort tenace, un rhumatisme blennorrhagique localisé on poignet gauche, ou pied et surtout au genou droits. A l'aide de l'appareil Dieulafoy, nous avons retiré du genou 50 gramm. environ d'un liquide jaune ambré, transparent, séro-albumineux, sans odeur, visqueux comme de la Synovie. Réaction alcaline. L'examen microscopique decèle la presence d'un certain nombre de leucocytes relativement jeunes, avec detritus granuleux, mais absence complète de microorganismes. Point d'ilôts de *gonococci*, soit extra, soit intra-globulaires.

Pour séparer les albumines, on aditionne ce liquide d'un excès de sulfate d'ammoniaque en cristaux. Le coagulum fibrineux est épuisé par

l'eau; on filtre, on dialyse sur eau courante et on précipite par l'alcool à 93°. Le précipité est formé de sulfate d'ammoniaque pur, sans matière etrangère.

La toxine ne parait pas exister dans cet exsudat non suppuré.

En résumé il ressort de cet ensemble de recherches, les quelques propositions suivantes:

1° il existe dans le pus blennorrhagique un microbe à l'état de diplocoque-staphylocoque présentant tous les caractères morphologiques de ceux du gonocoque de Neisser — (la preuve absolue de l'identité reste à faire) — capable de sécréter une toxine, à action en quelque sorte spécifique sur le testicule du chien, dont il détermine le suppuration et l'atrophie;

2° que ce même microbe ne sécrète que cette toxine, mais pas trace d'alcaloïde;

3° que dans le pus de l'épididymite ou mieux vaginalité gonorrhéique suppurée (observation clinique), il existe une toxine, très-voisine sinon identique de celle qui est retirée des cultures — du microbe trouvé dans l'orchite ou le pus uréthral — cultivé et étudié isolément (observations expérimentales);

4° que dans l'arthrite blennorrhagique, à exsudat visqueux non suppuré, il ne parait pas exister de toxine.

Telles sont les considérations qui nous paraissent devoir être déduites de ces quelques recherches d'ordre clinique et expérimental à la fois. Un fait qui nous parait désormais acquis, c'est que l'épididymite blennorrhagique est due à une toxine assez nettement déterminée, chimiquement et physiologiquement parlant; la suppuration, en l'espèce, serait une question d'exagération de la virulence. Il est même infiniment probable que la prostatite blennorrhagique suppurée est due aux mêmes causes, à l'intervention du même microbe, surtout si nous en jugeons par la constatation nettement démontrée de ce microbe au sein de la prostate.

Il resterait à savoir, si dans l'arthrite blennorrhagique suppurée, on a affaire au même microbe et à la même toxine; nous n'avons pas eu jusqu'ici l'occasion de pouvoir observer un exemple de ce genre. Toutefois l'arthrite à forme séro-albumineuse est dépourvue complètement de toxines. (C'est du moins la conclusion qui ressort de notre cas.)

Et même est-il permis de supposer que la toxine que nous venons d'étudier et dont nous avons vu les effets si spéciaux sur le testicule, n'a une action spécifique que sur cet organe, vraisemblablement aussi sur la prostate (à en juger par la coïncidence fréquente,

sinon constante des lésions de ces deux organes), et que peut-être son action ne s'étend pas au-delà de la sphère génitale.

Mais ce fait montre l'importance de plus en plus grande des recherches analogues qui séraient à faire pour toutes les complications blennorrhagiques. Or, pour le moment, on est porté à mettre ces complications sur le compte des »infections mixtes«. La théorie est fort ingénieuse, mais répond-elle bien à la vérité et à l'interprétation exacte des faits? Est-ce le gonocoque ou bien d'autres microbes qu'il faut faire intervenir dans le mécanisme des diverses lésions développées sous l'influence de la blennorrhagie? Ce point de vue appelle des recherches nouvelles dans ce sens. Car il est à présumer que derrière le microbe, il y a surtout le produit sécrété (diastase, ptomaïne, toxine, etc.). Toutefois, il serait à désirer, en l'espèce, qu'on eût à étudier des microorganismes autres que le gonocoque, car la culture de ce dernier est si difficile et surtout si instable qu'on ne peut guère compter, même dans un avenir éloigné, de pouvoir connaitre les produits fabriqués par lui.

---

Herr Brocq (Paris):

## I.

## Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens.

### Préambule.

Dans ce qui va suivre nous n'avons pas l'intention de nous occuper de toutes les dermatoses prurigineuses : nous n'envisagerons que les affections cutanées dans lesquelles le prurit joue un rôle en quelque sorte prépondérant, et dont l'origine, le point de départ, la cause première semblent résider dans une sorte d'état morbide particulier du système nerveux.

Ainsi circonscrit, le cadre de ces maladies est encore des plus vastes : on voit en effet qu'on doit y faire rentrer une foule d'affections classées à l'heure actuelle dans urticaires d'origine interne, dans les eczémas dits lichénoïdes, et en outre le prurigo dit de Hébra, les lichens circonscrit, agrius, etc., des anciens auteurs français, la dermatite herpétiforme de Duhring et ses variétés, peut-être les vrais lichens ruber, et d'autres dermatoses.

Malgré la diversité de leurs symptômes objectives ces affections présentent des caractères communs que nous allons tâcher de mettre en relief; d'ailleurs l'étude doit, ce nous semble, être reprise sur des bases nouvelles qu'avec nos maîtres MM. les Drs E. Vidal et E. Besnier nous nous efforçons depuis plusieurs années de préciser. Tel est l'objectif de ce travail.

On sait que depuis quelques années nous nous sommes attachés après plusieurs autres, mais avec une ténacité particulière, à établir que pour arriver à une conception juste et naturelle des affections de la peau on ne doit pas se guider uniquement sur l'aspect extérieur, sur la forme seule de l'éruption : il faut évidemment en tenir grand compte, mais il faut aussi étudier l'ensemble de la maladie, sa pathogénie, son évolution, ses symptômes subjectifs, etc. . . ., et ne former des groupes qu'en s'appuyant sur la résultante de ces données. On ne doit donc pas faire seulement œuvre d'analyste minutieux de la lésion locale à un moment donné de la dermatose, il faut s'élever au delà, embrasser l'ensemble même de la maladie et tâcher d'en pénétrer la véritable nature. C'est ce que nous avons déjà fait pour la dermatite herpétiforme de Duhring; c'est ce que nous voudrions faire pour les dermatoses prurigineuses.

Il nous faut donc tout d'abord examiner quelles sont les éruptions diverses par lesquelles elles peuvent se manifester objectivement, et quelle est la valeur intrinsèque de chacune de ces manifestations cutanées; il nous sera ensuite facile d'indiquer dans une deuxième partie comment il nous semble que l'on doit comprendre ces dermatoses.

## Première Partie.

### *Etude générale des manifestations éruptives des dermatoses névrosiques prurigineuses.*

Les dermatoses névrosiques prurigineuses peuvent s'accompagner d'éruptions fort diverses que l'on doit diviser en deux groupes principaux:

Le premier groupe comprend des éruptions spéciale paraissant être particulières à une affection donnée : telles sont les papules caractéristiques du lichen ruber et leurs diverses variétés, les papules de début du prurigo de Hébra, si du moins on admet pour exactes les dernières recherches qui on paru sur ce point. Nous n'avons rien de nouveau à dire sur ce premier groupe.

Le deuxième groupe comprend, au contraire, des éruptions banales, c'est-à-dire des éruptions pouvant être les symptômes d'affections très diverses dans leur nature. On ne doit, d'après nous, les considérer que comme des modes divers de réaction de l'organisme qui, sollicité par une cause morbifique, réagit extérieurement de telle ou telle façon, suivant ses idiosyncrasies particulières.

Ces éruptions banales sont nombreuses; il suffit, pour se convaincre de leur multiplicité et de leur polymorphisme, de se reporter à l'histoire de la dermatite herpétiforme. Nous nous contenterons de passer rapidement en revue leurs trois variétés de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, qui sont : 1° Les éruptions lichénoïdes; 2° les éruptions eczémateuses; 3° les éruptions urticariennes.

*1° Eruptions lichénoïdes. — Des modifications que le grattage fait subir aux téguments. — Théorie de la lichénification.*

Lorsque l'on exerce sans cesse un traumatisme quelconque sur un point précis de la peau, cette peau, ainsi traumatisée, subit peu à peu, dans la grande majorité des cas, des modifications plus ou moins profondes dans son aspect, sa texture, son fonctionnement. C'est ainsi que se développent peu à peu les diverses lésions cutanées professionnelles, les altérations dermiques dues à la compression des corsets, des bandages herniaires, etc. Or, quand on n'a plus affaire à une peau normale, mais à une peau en état morbide, les traumatismes que l'on exerce sur elle produisent parfois des modifications bien plus rapides et bien plus profondes. En particulier, dans les cas si fréquents où l'on éprouve des démangeaisons, si l'on traumatise incessamment l'endroit prurigineux en se grattant, on peut déterminer, comme l'a fort bien prouvé M. le Dr Jacquet, avec une assez grande rapidité, des altérations cutanées qui consistent essentiellement en une inflammation chronique des téguments. Le derme s'infiltre peu à peu d'éléments embryonnaires; il s'épaissit, devient dur et rugueux; les papilles s'hypertrophient, se groupent même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil sébacéo-pilaire, ni avec l'appareil sudoripare.

Après un laps de temps plus ou moins long la peau offre un aspect assez spécial caractérisé par de l'exagération de ses plis naturels qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières, et par une infiltration plus ou moins

accentuée des téguments qui ont perdu leur souplesse et leur consistence normales. Tel est le processus morbide auquel je donne le nom de lichénifiation.[1])

D'ailleurs tous les dégrés peuvent s'observer dans ces modifications subies par les téguments. Tantôt les tissus sont très épaissis, infiltrés, sillonnées de quadrillages des plus nets, parfois hérissés d'éléments pseudo-papuleux des plus évidents : la lichénification est dans ce cas très accentuée : elle peut n'être que modérée; elle peut aussi n'être que peu marquée. Parfois enfin les téguments n'ont pour ainsi dire pas subi d'épaississement notable, et cependant, quand on les observe de très près, on voit que leur plis naturels sont exagérés, que dans les intervalles de ces plis il est possible de percevoir comme de petites facettes aplaties, brillantes, rappelant de loin, sauf leur coloration et leur netteté, les petits éléments minuscules de début du lichen planus. Dans ces cas la peau a souvent perdu sa coloration normale; elle a une teinte un peu bistre : nous donnons à cet état spéciale des téguments le nom de lichénification avortée.

Il y a donc des dégrés dans la lichénification; d'autre part toutes les personnes qui ont du prurit et qui se grattent n'arrivent pas à lichénifier leurs régions malades avec une égale rapidité. Il semble, d'une part, qu'il y ait des affections qui modifient la vitalité ou la nutrition des téguments de telle sorte que la lichénification se produise avec la plus grande facilité chez ceux qui en sont atteints, alors que dans d'autres maladies prurigineuses la résistance des téguments aux traumatismes semble être normale ou même augmentée. D'autre part, il y a des sujets qui paraissent être plus

---

[1]) Nous disons lichénification et non lichénisation. Malgré tou[illegible]e notre déférence et tout notre respect pour nos maîtres, nous ne pouvo[illegible]ns accepter le terme de lichénisation proposé par M. le Dr. E. Besnier et adop[illegible]té par M. le Dr. E. Vidal, et cela pour les raisons suivantes : 1° c'est nous [illegible] qui avons les premiers, dans nos leçons du 29 mai et 3 juin 1891, publiées en a[illegible]oût 1891, donné la théorie complète des lichénifications de la peau, et ce n'a[illegible] été que le 12 mai 1892, un an plus tard, que M. le docteur E. Besnier a propo[illegible]sé de donner au même processus morbide le nom de lichénisation; le terme [illegible] de lichénification a donc incontestablement pour lui la priorité; 2° il nous para[illegible]ît, de plus, préférable comme dénomination : le verbe lichénifier (lichen, [illegible] facere) indique, ce nous semble, on ne peut mieux, la manière dont se produ[illegible]it la lésion; c'est le malade qui la fait lui-même par le grattage; il impliqu[illegible]e et montre l'intervention directe du sujet, ce que ne fait point au même degr[illegible] le verbe lichéniser : or, le substantif de lichénifier est évidemment lichéni-fication.

rédisposés que d'autres à voir leur peau subir les modifications ue nous venons de décrire.

Donc, par cela seul qu'un malade est atteint de prurit en un oint quelconque du corps et qu'il se gratte pendant un certain emps, il ne faut pas croire que les régions intéressées vont sûrement se lichénifier : il faut, de plus, pour que la lichénification se roduise, que la maladie prédispose à la lichénification, et très robablement que le malade y soit lui-même prédisposé.

Or (et c'est là ce qu'il importe de bien comprendre pour rriver à classiffier les affections qui nous occupent), la lichénification eut se produire soit d'emblée sur une peau saine du moins objectivement, soit sur une peau déjà atteinte d'une dermatose antérieure.

Nous avons donné au premier groupe de faits le nom de ichénifications primitives; l'état lichénoïde y est pur; il contitue toute l'éruption : ces lichénifications primitives se divisent en leux grandes catégories selon qu'elles sont circonscrites et lans ce cas elles répondent au lichen circumscriptus des anciens auteurs, au lichen simplex chronique de M. le Dr E. Vidal, à nos névrodermites circonscrites chroniques, et selon qu'elles sont diffuses et dans ce cas elles répondent à nos névrodermites diffuses (voir sur ces points nos travaux de 1891-92). Ces lichénifications primitives sont les seules affections qui soient raiment dignes du nom de lichen au sens ancien du mot.

Par contre, les faits qui rentrent dans notre deuxième groupe, auxquels nous avons donné le nom de »lichénifications seconires« ne sont pas de vrais lichens; ce ne sont que des dermases lichénifiées. Ces lésions sont d'une extrême fréquence : es sont tellement banales qu'elles attirent presque exclusivement tention, et portent à méconnaître l'existence des lichénifications mitives. En effet, presque toutes les affections prurigineuses de la au dont les manifestations sont assez fixes, donnent lieu à d'imrtants traumatismes qui déterminent au bout de quelque temps certain dégré de lichénification des téguments. Pour que ces énifications secondaires se développent, il suffit donc que l'affecn cutanée primitive soit prurigineuse, qu'elle occupe un espace temps suffisant une même région des téguments, de telle sorte e cette région soit assez longtemps soumise aux actions traumaques lichénifiantes, et que le sujet soit lui-même prédisposé à la hénification. Aussi les observe-t-on très fréquemment dans les zémas chroniques, dans les éruptions artificielles, dans les psoriasis rurigineux, dans les lichen ruber planus, dans le mycosis fongoïde,

dans le pityriasis rubra, etc., mais surtout dans l'affection à laquelle en France nous avons donné le nom de prurigo de Hébra, ou pour mieux dire dans ce que j'ai appelé la première variété de cette affection (voir sur ce point le mémoire de M. Vidal sur le lichen, 1886, et mes travaux de 1892).

En somme, la lichénification peut s'observer dans les états morbides le plus divers. Elle ne doit donc être considérée que comme un syndrome, et ne peut ni caractériser à elle seule un groupe pathologique bien défini, ni devenir la base unique d'une classification. C'est pour ne pas en avoir compris la valeur réelle que les dermatologistes ont commis tant d'erreurs à son égard : les uns, la voyant coïncider de la manière la plus nette avec une autre dermatose bien définie, et en particulier avec l'eczéma, ont cru que dans tous les cas elle se reliait à cette dermatose et l'ont considérée comme une simple variété d'eczéma; les autres, ayant observé des faits incontestables dans lesquels ce processus de la lichénification s'était produit d'emblée sans autre éruption antérieure, lui ont attribué trop d'importance intrinsèque, et ont eu trop de tendance à faire de tous les cas divers dans lesquels ils le constataient des variétés à part d'une grande dermatose à laquelle ils donnaient le nom de lichen. Tel est la clef de toutes les confusions qui ont obscurci cette question.

On voit donc que pour arriver à une conception précise des affections dans lesquelles on observe le syndrome de la lichénification, il faut faire abstraction de ce syndrome, et rechercher avant tout par les commémoratifs, par l'exploration patiente de l'éruption et de toute la surface des téguments, si cet élément est surajouté à une éruption antérieure et à quelle éruption. Si l'on ne trouve aucun vestige d'éruption antérieure, si l'on ne peut découvrir de lésion élémentaire permettant de poser le diagnostic de prurigo de Hébra, de lichen ruber, de psoriasis, d'éruption artificielle professionnelle, etc...., on pensera à une lichénification primitive, à une névrodermite pure. Dans le cas contraire on conclura à une lichénification secondaire, à une dermatose lichénifiée. Quel que soit d'ailleurs le diagnostic précis auquel l'on arrive, il est certain que la lichénification dans une dermatose indique tout d'abord l'existence d'une excitabilité cutanée accentuée, de grattages fréquents, et de persistance depuis un certain temps de la dermatose au point ainsi modifié. Elle témoigne de plus d'une idiosyncrasie particulière au sujet : en somme c'est un véritable trouble trophique cutané.

### 2° *Eruptions eczémateuses.*

Des considérations analogues s'appliquent aux éruptions eczémateuses. Depuis quelque temps déjà nous ne considérons plus en France l'éruption vésiculeuse et squameuse connue sous le nom d'eczéma comme constituant une entité morbide définie : Sous l'influence de MM. les Drs E. Vidal et E. Besnier, cette doctrine a été communément adopté dans notre pays; pour nous elle est profondément vraie. L'éruption eczémateuse, l'eczématisation, comme le dit M. le Dr E. Besnier, n'est qu'un mode de réaction spécial de l'économie sous l'influence d'excitations diverses, ce qui explique comment une éruption eczémateuse typique peut provenir d'une irritation locale, ou d'une intoxication de l'économie, ou d'une influence nerveuse quelconque, ce qui explique aussi comment l'eczématisation peut se combiner chez un même sujet avec d'autres manifestations morbides cutanées.

Nous avons même démontré qu'elle peut dans certains cas et à certains moments de l'évolution de la maladie compliquer une éruption de lichénification primitive, une névrodermite pure, et que ce n'est là qu'un simple épiphénomène, un accident pour ainsi dire dans la marche générale de l'affection. Tous ces faits, au premier abord si obscurs, s'éclairent singulièrement si on veut les envisager d'après les principes que nous venons de poser.

### 3° *Eruptions urticariennes.*

Nous ne nous étendrons pas sur les éruptions urticariennes après les détails dans lesquels nous venons d'entrer. Le processus urticarien est un des modes de réaction les plus fréquents, les plus banals des affections prurigineuses : il peut exister seul ou se combiner avec d'autres éruptions. Si nous laissons de côté le prurigo de Hébra, presque toujours les papules de prurigo que l'on observe chez elles ont pour point de départ une élevure d'urticaire que le malade excorie à son sommet. Les éruptions prurigineuses infantiles sont, comme l'a démontré Colcott Fox, presque toutes composées d'éléments urticariens papuleux, papulo-vésiculeux, papulo-bulleux.

Tout à côté de ces formes éruptives nous devons signaler celle qui constitue la lésion élémentaire de l'affection spéciale à laquelle M. le Dr E. Vidal a donné le nom de lichen simplex aigu (voir son mémoire de 1886 et nos ouvrages), et qui est constituée par de petites papules, souvent par des papulo-vésicules d'un rouge

rosé, isolées les unes des autres, nombreuses, prurigineuses, souvent excoriées au sommet, et qui tiennent le milieu entre l'élément de l'urticaire, l'élément de l'éruption sudorale, l'élément de l'érythème papuleux et l'élément de ce que l'on est convenu d'appeler l'eczéma papulo-vésiculeux.

## Deuxième Partie.

### *Conception générale des dermatoses névrosiques prurigineuses.*

Dans les affections dites névrosiques de la peau, il faut tenir compte de trois éléments pour en apprécier la nature et arriver à les classifier:

1° Avant tout il faut s'efforcer d'apprecier le principe, l'essence même de la maladie: cette tâche est évidemment des plus difficiles à l'heure actuelle. Tout ce que nous pouvons dire le plus souvent, c'est que l'on trouve à l'origine du mal cet état particulier de l'organisme auquel on a donné le nom de nervosisme, état très complexe, encore mal connu, qu'il est malaisé de préciser, et dont il serait cependant désirable de déterminer les formes diverses, car ces distinctions devraient constituer la base même de la classification des névroses cutanées. Parfois on ne trouve comme origine même du mal que cet état de nervosisme qui, s'accentuant peu à peu, ou bien faisant porter ses principales manifestations du côté des téguments, donne naissance à la dermatose; parfois au contraire celle-ci apparaît à la suite d'une cause occasionelle, émotion violente, choc moral, chagrin, etc.... qui met en jeu ou augmente la nervosité du sujet.

2° Le deuxième élément dont il faut tenir compte est le mode suivant lequel ce nervosisme agit sur la peau: il est déjà plus facile à analyser. Tantôt en effet les déterminations cutanées du nervosisme se produisent d'une manière intermittente, soit régulière (prurit menstruel, prurit saisonnier), soit irrégulière (prurit se manifestant sous la forme de crises goutteuses); tantôt elles se produisent d'une manière permanente.

Tantôt elle se circonscrivent en un ou plusieurs points, symétriques ou non; tantôt elles siègent du côté de l'extension, tantôt du côté de la flexion. De là des distinctions fort importantes permettent déjà d'établir des catégories.

3° Le troisième élément dont il faut tenir compte est la manière dont les téguments réagissent quand il se produit sur eux des déterminations de cette nervosité, et c'est ici qu'interviennent les diverses modalités éruptives que nous avons étudiées plus haut.

En tenant compte de trois éléments que nous venons d'énumérer, nous croyons pouvoir classifier ainsi qu'il suit les affections dont nous parlons:

I. — Dans un premier groupe de faits le tégument ne réagit pas, c'est-à-dire ne présente aucune éruption spontanée, et ne subit que peut ou point de modifications malgré les grattages. Ce sont les prurits sine materiâ, les prurits sine prurigo. Nous leur donnons le nom de Névrodermies. Ces névrodermies peuvent être généralisées ou localisées.

*A.* Névrodermies généralisées.

*a*) Elles peuvent être à longue durée, continues, sans intermittences, et le type en est le prurit sénile; mais on peut aussi en dehors de la vieillesse observer de ces prurits généralisés à longue durée, permanents, sans éruption spontanée ni lichénification des téguments. En voici un exemple typique:

Obs. I. — Névrodermie généralisée sans lichénifications. Prurit généralisé analogue au prurit sénile chez une névropathe.

Le 9 mai 1892 M^me^ L..., ménagère, âgée de 43 ans, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour des démangeaisons qu'elle éprouve dépuis six ans. Elle n'a jamais eu de maladies antérieures; elle est très nerveuse, fort impressionnable, maigre; elle a la peau sèche, un peu amincie et sénile d'aspect.

Le prurit est dépuis longtemps déjà généralisé a tout le corps : il est continuel. La malade passe son temps à se gratter. La peau dans sa totalité, mais surtout sur les membres supérieurs, sur les épaules et sur le dos, est couverte d'excoriations dues à des coups d'ongles qui l'ont éraflée et même excoriée. Elle a pris en ces points d'élection, surtout sur le dos, une teinte légèrement jaunâtre, pigmentée, parsemée de points blanchâtres qui semblent être des vestiges de cicatrices. Elle n'est nullement épaissie, et ne présente aucun symptôme de lichénification. Cependant vers les avant-bras on trouve de petits sillons plus marqués que normalement et entre lesquels se voient de petites facettes brillantes; c'est une sorte d'état granité de la peau qui se retrouve aussi aux jambes. Il n'y a jamais eu d'éruption, pas de parasites. Rien dans les urines.

La malade est soumise aux douches chaudes et aux pommades phéniquées. Elle remarque au bout d'un certain temps que depuis qu'elle prend des douches chaudes elle ne se gratte plus dans le courant de la journée; mais dès qu'elle se couche elle est reprise de démangeaisons.

Le 15 juin on note que c'est le dessous des bras qui est en ce moment la région la plus prurigineuse; elle est cependant le siège d'une assez abondante transpiration; le reste du corps est d'une sécheresse presque absolue. La malade a pris plus de 20 douches chaudes; elle n'éprouve pas la moindre sensation d'affaiblissement; elle se dit améliorée, cependant elle se gratte toujours.

*b*) Ces prurits peuvent être aussi passagers, intermittents, comme certains prurits arthritiques, et certain prurits menstruels.

*B.* Névrodermies localisées circonscrites.

*a*) Comme les névrodermies généralisées, elles sont parfois continues, persistantes pendant des mois et des années; en voici un exemple:

Obs. II. — Névrodermie circonscrite chroniqe sans lichénifications. Prurit des régions frontales et sourcilières.

M. X..., âgé de 50 ans environ, vient me consulter en février 1892 pour un prurit incessant des régions frontales et sourcilières. Il en est atteint depuis sept ou huit ans, et il a tout tenté sans succès pour s'en délivrer. Il est rhumatisant, très impressionnable et a eu de violents chagrins à la suite desquels est apparue l'affection prurigineuse. Les démangeaisons sont presque incessantes; cependant elles reparaissent par crises plus violentes à un instant quelconque de la journée sans cause appréciable le plus souvent; le malade peut dormir.

A l'examen, la région frontale et les régions sourcilieres ne présentent pas d'éruption visible; la peau en ces points est un peu rouge, comme chagrinée, elle n'est pas manifestement épaissie, elle ne présente pas la moindre trace de lésions de grattage. Les sourcils n'existent plus; on voit que tous les poils de cette région sont usées par les frottements incessants auxquels elle est soumise.

Un régime d'une sévérité extrême et l'usage à l'intérieur de la teinture mère de belladone amenèrent un calme très marqué; au bout d'un mois et demi le malade ne se grattait plus et les sourcils commençaient à repousser.

*b*) Les névrodermies circonscrites peuvent aussi être intermittentes, régulières ou irrégulières.

Les prurits circonscrits sans éruption concomitante peuvent siéger en un point quelconque du corps, et en particulier à la face, au nez, aux mains, aux pieds, à l'anus, aux parties génitales.

II. — Dans un deuxième groupe de faits le tégument réagit; mais il ne le fait que sous l'influence des grat-

tages, et il ne se produit ici que les lésions cutanées que nous avons décrites sous le nom de lichénifications primitives.

*A.* Ces lésions peuvent être peu marquées (lichénifications avortées), (voir plus haut) et presque toujours dans ce cas elles sont diffuses, symétriques. Dans quelques cas elles sont précédées de poussées d'urticaire. Ces affections sont vraiment dignes du nom que nous leur avons donné dans nos travaux antérieurs (1891—92) de névrodermites diffuses. Nous en avons déjà publié un cas typique (1891); en voici deux autres des plus instructifs.

Dans le premier les lésions sont très avortées, et ressemblent tout à fait, à un examen superficiel, à de l'eczéma sec diffus; c'est bien la forme la plus atténuée qu'il soit possible de concevoir de la lichénification.

Dans les second les lésions sont plus accentuées, et en même temps un peu plus circonscrites : c'est en quelque sorte un fait de passage entre le type que nous étudions, et les suivants.

Obs. III. — Névrodermite diffuse. Lichénifications diffuses symétriques primitives chez une névropathe.

Le 17 juin 1892, M^me^ V . . .. ménagère, âgée de 35 ans, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld. A 25 ans, elle a eu une gastrite, et actuellement encore elle vomit assez souvent 4 ou 5 heures après le repas. L'an dernier, elle a eu des douleurs rhumatismales avec gonflement des pieds et des mains. Elle a eu 5 enfants vivants et bien portants; elle n'a rien eu à la peau à chaque grossesse. Actuellement elle a un léger prolongement du premier bruit du cœur; elle est très impressionnable. elle pleure facilement, et a des crises nerveuses pour le moindre motif. Elle nourrit une petite fille de 6 mois.

Il y a 5 mois, quelque temps après un accident de voiture où elle faillit être écrasée et où elle éprouva une vive frayeur, elle vit survenir l'affection actuelle qui débuta par les cuisses, et qui fut soignée par du goudron, améliorée, puis qui récidiva dès que l'on cessa le traitement; elle prit alors des bains sulfureux qui lui donnèrent une nouvelle poussée. Actuellement elle souffre de démangeaisons intolérables sur le bas-ventre et le haut des cuisses.

Tous les plis abdominaux inférieurs, nombril, pli transversal sus-pubien, pli inguinal, sont le siège d'une rougeur assez intense, uniforme, simulant au premier abord l'eczéma séborrhéique, avec un peu de suintement apparent; mais on ne tarde pas à se convaincre que ce suintement est dû en très grande partie, sinon en totalité, à la transpiration, laquelle est fort abondante (car la malade est très grasse), et entretient par suite

la rougeur vive des téguments que l'on observe. Les limites de l'éruption sont très irrégulières et figurées en carte géographique. Sur la partie supérieure et interne des cuisses se voient de nombreux placards fort irréguliers de forme et d'étendue, à bords assez nettement arrêtés, mais découpés en arabesques des plus capricieuses : ils sont un peu surélevés au-dessus du niveau des parties voisines, d'un rouge assez vif en certains points qui sont très en activité, un peu jaunâtres en d'autres, recouverts de fines squames, présentant des traces de grattage, de l'exagération des sillons cutanés formant comme une sorte d'état quadrillé fin, et un léger épaississement du derme en plusieurs points. Sur la périphérie de ces plaques se voit une certaine teinte brune des téguments avec exagération des sillons cutanés et aspect pseudo-papuleux dû à la présence de petits éléments brillants semblables à de minuscules papules de lichen planus que l'on retrouve dans les mailles du quadrillage.

A la partie tout à fait interne et supérieure des cuisses les lésions sont beaucoup plus marquées et la teinte pigmentée brunâtre est uniforme.

Çà et là disséminés sur les cuisses se voient de tout petits éléments d'attaque ayant l'aspect de toutes petites papules rouges excoriées. Sur le ventre on trouve de nombreux éléments analogues disséminés sans ordre aucun, brillants, aplatis, ressemblant tout à fait à des éléments de lichen planus : un grand nombre d'entre eux sont excoriés. Le pli transversal sus-pubien est d'un rouge vif dans toute son étendue depuis l'épine iliaque droite jusqu'à l'épine iliaque gauche. Le creux du nombril, agrandi par l'existence d'une petite hernie ombilicale, est également d'un rouge fort intense; les mêmes lésions s'observent au-dessous des seins.

Le 24 juin, la malade est déjà un peu améliorée par une simple pommade à l'oxyde de zinc phéniquée, et par les douches chaudes.

Le 27 juin, on remarque que la pommade au calomel au 30ᵉ agit mieux que la pommade à l'acide phénique.

Le 8 juillet, l'éruption a beaucoup pâli et a disparu en certains points.

*B.* Les lichénifications primitives peuvent aussi être franches, pures, très marquées; le tégument réagit à un haut degré sous l'influence des grattages; presque toujours dans ce cas, les lésions sont chroniques, circonscrites, symétriques ou non; elles sont vraiment dignes du nom que nous leur avons déjà donné, M. le Dr. Jacquet et moi, de névrodermites circonscrites chroniques. Elles répondent au lichen circonscrit des anciens auteurs, au lichen simplex chronique de M. le Dr. E. Vidal.

Ces lésions sont en France des plus fréquentes; nous en avons publié, dans notre mémoire sur cette question, plusieurs exemples typiques; comme elles ne sont pas encore très bien connues en Allemagne, nous croyons utile d'ajouter à notre travail les deux

exemples suivants qui montrent deux aspects un peu différents de cette dermatose si spéciale.

Obs. IV. — Névrodermite circonscrite chronique. Lichénification circonscrite primitive. Lichen simplex chronique au début à aspect pseudopapuleux.

Le 11 mai 1892, Mme R . . ., âgée de 49 ans, blanchisseuse, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour des démangeaisons qu'elle éprouve depuis 3 mois.

Il est impossible de savoir ce qui a commencé, le prurit ou l'éruption. Quoi qu'il en soit, les lésions se sont peu à peu étendues, et, à l'heure actuelle, elles forment deux larges plaques symétriques de forme générale ovalaire à grand axe vertical, à la partie supérieure et interne des cuisses.

Elles sont essentiellement constituées par des sortes d'éléments papuleux, d'une grosseur qui varie de celle d'une petite tête d'épingle à celle d'une petite lentille; elles forment des saillies très variables à la surface des téguments; leur couleur est d'un rouge légèrement rosé; elles sont irrégulières de forme, polygonales, à contours peu nets, pour la plupart excoriées à leur sommet, et alors à vif ou recouvertes de croûtelles; d'autres ne sont pas excoriées, et sont ou bien acuminées, ou bien aplaties, brillantes à leur surface comme des éléments de lichen planus. Elles sont assez nettement isolées les unes des autres vers la périphérie de la plaque; elles ont plus de tendance vers le centre à devenir confluentes, mais nulle part elles ne constituent d'infiltration uniforme. Elles reposent sur un derme un peu épaissi, légèrement brunâtre, sillonné de plis entrecroisés de façon à délimiter des losanges.

La sensibilité à la température et à la piqûre semble être onservée.

La plaque de la cuisse droite est moins étendue que celle de la sse gauche, à laquelle se rapporte surtout ce qui précède. Au centre a plaque droite se voient des tractus irréguliers, blanchâtres, comme lorés. Il n'y a jamais eu de suintement au niveau de ces lésions.

Traitement: Lotion à l'eau fort chaude, glycérolé tartrique, douches des.

Le 8 juin, les plaques de névrodermite sont plutôt en voie de ition: mais de temps en temps il se produit à leur niveau des ons artificielles soit sous l'influence du grattage soit sous l'influence piques.

V. — Névrodermite circonscrite chronique. Lichénifi- n circonscrite primitive chronique. Lichen simplex ique circonscrit à plaques multiples chez une névropathe.

e 8 juin 1892, Mme W . . ., âgée de 54 ans, ménagère, vient nsulter à l'hospice La Rochefoucauld pour une affection prurigi- ui date de 5 ou 6 ans. Comme antécédents morbides nous

trouvons à noter une pleurésie il y a 12 ans. A l'âge de 14 ans la malade a eu, avant d'être réglée, quatre ou cinq crises de nerfs avec perte de connaissance complète. Depuis qu'elle a été réglée, elle n'a plus eu de crises nerveuses, mais elle est restée extrêmement impressionnable, elle pleure et rit facilement, et se met pour des motifs futiles dans de violentes colères.

Il y a environ 5 ou 6 ans la maladie actuelle a commencé par du prurit siégeant vers la main droite. Il est impossible de savoir d'une manière précise si le prurit a précédé toute éruption, ou bien s'il y a eu tout d'abord de petits boutons rouges qui suintaient. Il est certain par contre que la plaque de la cuisse n'a jamais été le siège d'aucun suintement. Quoiqu'il en soit, les lésions se sont peu à peu accentuées.

A l'heure actuelle, la malade présente à la partie antérieure un peu externe et inférieure de l'avant-bras droit, vers le poignet, une plaque irrégulièrement ovalaire, à grand axe vertical d'environ 7 à 8 centimètres de long, à petit axe transversal de 4 à 5 centimètres. C'est par elle que l'affection a débuté il y a 5 ou 6 ans. Ses bords sont plutôt assez mal définis, quoiqu'en somme dans leur ensemble ils donnent à la plaque un certain air général de circonscription. A la partie tout à fait externe, le long du bord externe du radius, ils forment une sorte de ligne convexe assez régulière; vers la partie inférieure de la plaque, ils forment une ligne presque droite; enfin à la partie interne et supérieure la ligne qu'ils décrivent est irrégulière, dentelée, quoique convexe dans son ensemble. Ce bord en somme peu net, je le répète, quand on le regarde de près, présente des éléments pseudo-papuleux, à sommet excorié, dont quelques-uns sont çà et là disséminés et isolés au milieu des tissus sains périphériques, ou pour mieux dire au milieu de la zone pigmentaire périphérique : ils sont surtout abondants vers le bord interne. Ces éléments deviennent confluents en dedans du bord et forment ainsi la plaque. Celle-ci présente l'aspect d'une sorte de nappe rouge, dont la rougeur disparaît par la pression en laissant une teinte légèrement jaunâtre : sa surface est sillonnée de plis assez irréguliers, quoiqu'ils soient disposés suivant deux séries parallèles s'entrecroisant de manière à former des hachures de dessin. Comme ces plis sont situés à des intervalles un peu irréguliers, ils limitent des sortes de losanges de grandeurs et de formes variables qui semblent correspondre à des sortes de pseudo-papules. Çà et là se voient des excoriations, par places des apparences de fines vésicules, bien que l'on ne puisse par le grattage provoquer de suintement eczémateux; de plus, toute l'étendue de la plaque est plus ou moins recouverte d'une très fine desquamation sèche, peu abondante, extrêmement adhérente, qui devient plus blanche par le grattage. Le derme est très épaissi au niveau de cette lésion : la sensibilité cutanée y paraît normale. Tout autour de la plaque que nous venons de décrire les téguments ont dans une certaine étendue une teinte d'un brun clair: ils y sont sillonnés de plis très rapprochés les uns des autres, disposés en deux séries parallèles comme des hachures de dessin, fort serrés, formant un très fin quadrillage; il semble qu'il y ait au niveau de cette pigmentation un léger épaississement du derme. Les limites de cette zone pigmentée sont diffuses.

Vers la partie interne de l'avant-bras droit, un peu au-dessus du niveau de la plaque précédente, se voit une autre plaque en tout semblable, plus récente, d'aspect plus eczémateux, surtout à sa partie inférieure où elle semble criblée de vésicules minuscules; il n'est cependant pas possible par le grattage de donner lieu à un écoulement de sérosité eczémateuse. Cette plaque est également très indurée, circonscrite, ovalaire, quadrillée, et entourée d'une zone brunâtre diffuse.

A la partie antérieure et inférieure de la cuisse droite, un peu au-dessus du genou, existe depuis un an une troisième plaque allongée ayant de 10 à 12 centimètres de long sur 2 à 5 centimètres de large, presque identique aux précédentes. Les pseudo-papules y sont plus nettes que sur les plaques de l'avant-bras : elles semblent ici, au premier abord, se former autour des follicules pileux, et il est incontestable que certaines d'entre elles portent un poil à leur centre; mais quand on examine les lésions avec une attention soutenue, on ne tarde pas à remarquer qu'il en est d'autres qui sont nettement intermédiaires aux follicules. De plus, à la surface de la plaque on voit entre les quadrillages des éléments minuscules, arrondis, qui ressemblent à de petites vésicules et qui ne donnent cependant jamais lieu à aucun suintement, malgré les grattages incessants dont ils sont l'objet. L'infiltration de cette plaque est beaucoup moins marquée que celle des plaques du bras, ce qui s'explique, parce qu'elle est plus récente et qu'elle est moins exposée aux traumatismes.

Sur la jambe droite, à la partie antérieure, un peu au-dessous de la tubérosité antérieure et supérieure du tibia, se voient de petites plaques irrégulières d'aspect ayant six mois de date, qui au premier abord paraissent constituées par des éléments eczémateux ou, pour mieux dire, par de toutes petites papulo-vésicules, situées soit autour des follicules pileux, soit dans leur intervalle. Bien que ces éléments aient un certain aspect vésiculeux, en réalité ils ne sont le siège d'aucun suintement, ils sont purement et simplement excoriés à leur sommet par le grattage. Ils sont encore en ce point tout à fait isolés les uns des autres et non réunis en plaque uniforme comme à la cuisse ou au bras. Ils reposent cependant déjà sur une base nettement infiltrée, et en certains points se voit un début de quadrillage.

Traitement: Douches chaudes, pommade phéniquée au 60°.

Le 15 juin, il semble qu'il y ait une certaine amélioration. La malade a pris 4 douches.

Le 22, l'état est à peu près stationnaire. Les douches chaudes, qui ont été continuées, ont produit un assez bon effet au point de vue de l'excitabilité de la peau; il semble que le prurit soit un peu moins intense; par contre la malade est notablement déprimée. On cesse les douches et l'on emploie une pommade renfermant 2 gr. d'acide salicylique, 3 gr. d'acide tartrique, 1 gr. d'acide phénique pour 54 gr. de glycérolé.

III. — Un troisième groupe de faits beaucoup plus complexe comprend des cas dans lesquels les téguments

réagissent par de l'eczématisation (E. Besnier) et de la lichénification.

Dans ces faits des plus importants, et tellement vulgaires, du moins en France, qu'il nous paraît inutile d'en donner des exemples, c'est d'ordinaire l'eczématisation qui se produit tout d'abord, puis elle se transforme avec rapidité sous l'influence des traumatismes, et l'on a dès lors un mélange intime et en apparence inextricable de lichénifications et d'eczématisations. L'eczématisation peut aussi, mais beaucoup plus rarement, compliquer la lichénification primitive à un moment quelconque de la dermatose.

Ce groupe, extrêmement complexe, devra être subdivisé; pour le moment, nous ne pouvons qu'en esquisser les contours.

*A.* Il comprend ces éruptions qualifiées jusqu'ici simplement d'eczémas qui surviennent à la suite de violentes émotions, de chagrins, de surmenage chez des individus prédisposés, le plus souvent arthritiques nerveux; elles ont de la tendance à récidiver sans cesse chez eux, sous les mêmes influences. Ces eczémas lichénifiés nous paraissent dignes du nom de névrodermites eczémateuses lichénifiées; comme les éruptions dont nous avons parlé plus haut, elles sont diffuses ou circonscrites, à localisations des plus diverses; presque toujours elles sont symétriques.

*B.* Entre ces dermatoses et le prurigo de Hebra, il existe toute une gamme ascendante de faits, dans laquelle il est bien difficile d'établir des divisions précises, et dont notre maître, M. le Dr. E. Besnier, vient de commencer tout récemment l'étude (mai 1892), sous le nom de Prurigos diathésiques, en s'occupant tout d'abord, comme il devait le faire, des cas les plus nets qui répondent au type »dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, à forme prédominante eczémato-lichénienne«, et à propos desquels il s'exprime en ces termes:

»Leur symptôme premier et leur premier symptôme est le prurit, prurit intense, rémittent, exacerbant, à paroxysmes nocturnes, à rémission et à exacerbation saisonnières. Très ordinairement, il apparaît dès la première enfance ou dans la jeunesse, mais aussi dans les autres âges, d'une manière souvent insidieuse et presque toujours larvée. Caractère absolument fondamental, aucune des lésions qui l'accompagnent ou qu'il provoque, n'est spécifique; dans le premier âge, ce peut être l'une quelconque des nombreuses variétés des érythèmes infantiles, des urticaires et des pseudo-lichens, ou l'une des formes d'eczématisation ou de lichénisation de la peau que le vulgaire

réunit sous le nom de gourmes. Plus tard, quand la maladie sera constituée, on verra encore parfois reparaître quelques-unes de ces formes, mais ce seront surtout les lichénisations en papules, ou en plaques, ou en grandes nappes, et au moment des paroxysmes, l'eczématisation, sous les formes variées de l'eczéma figuré, diffus, impétigineux, etc... C'est une véritable diathèse prurigineuse avec lésions multiformes, dont aucune ne peut servir à elle seule à dénommer la maladie, c'est-à-dire un prurigo, au sens vrai du mot, un prurigo diathésique«. (E. Besnier, Annales de dermatologie, mai 1892, p. 635.)

Ces faits sont tout à fait identiques, sauf quelques points de détail presque insignifiants, à ce que Hebra a décrit sous le nom de prurigo, et pour notre part, nous avouons qu'avant la communication de notre maître, nous les mettions dans ce groupe.

*C.* Mais entre ces derniers faits (*B*) et ceux dont nous venons de parler plus haut (*A*), il en existe d'autres qui constituent, comme nous l'avons dit, toute une gamme ascendante des plus difficiles à préciser : c'est là le véritable nœud de la question.

Ils diffèrent du prurigo vrai de Hebra, soit par leur courte durée, soit par leur siège dans le sens de la flexion, ou à la figure ou au cuir chevelu, soit par leur circonscription, soit par leur début à une époque tardive de la vie, soit par l'absence de l'état urticarien des téguments, et des papules du début, soit par le degré d'intensité du processus qui est souvent réduit à un tel minimum qu'on n'en reconnaît qu'avec une certaine peine la véritable nature : mais ce sont quand même, comme les types précédents, des névrodermites eczémateuses lichénifiées.

IV. — Ces faits nous amènent tout naturellement à ranger dans un quatrième groupe les cas vraiment dignes du nom de prurigo de Hebra. — Ici les téguments réagissent, du moins si les recherches récentes sont bien exactes, par l'apparition d'un élément particulier, spécial, la papule de prurigo. De plus les téguments sont urticariens. Avec les progrès de la maladie peuvent apparaître les deux processus de la lichénification et de l'eczématisation. Ce polymorphisme, joint aux localisations si spéciales, à la chronicité, à l'évolution par poussées successives, aux hypertrophies ganglionnaires, etc. . . donnent vraiment à cette affection une physionomie à part. C'est une névrodermite chronique polymorphe spéciale, à type dit en France prurigo de Hebra.

Or, tout à côté de ce type, il en existe un autre sur lequel, après notre maître M. le Dr. E. Vidal, nous avons déjà beaucoup insisté dans nos travaux, et dans lequel les téguments ne réagissent que par des simples papules, ou papulo-vésicules, ou papulo-pustules géantes de prurigo; il n'y a que peu on point de lichénification, pas d'eczématisation secondaires. Cette dermatose essentiellement rebelle à tous les les traitements se relie à un nervosisme des plus accentués, assez fréquemment à des affections utérines, et nous semble mériter le nom de névrodermite chronique à type prurigo pur.

V. — Dans un cinquième groupe nous rangerons ces faits à marche plutôt aiguë, mais sujets à des récidives fréquentes, très voisins de l'urticaire, objectivent caractérisés par une éruption disséminée çà et là sur les membres et le tronc de petits éléments papuleux ou papulo-vésiculeux rosés, dont nous avons parlé dans notre 1re partie, et auxquels M. le Dr. E. Vidal a donné le nom de Lichen simplex aigu. Ce sont de véritables névroses cutanées urticariennes à type lichen simplex aigu de M. le Dr. E. Vidal.

VI. — Notre sixième groupe comprend des faits dans lesquels les téguments ne réagissent que par des éléments d'urticaire purs, secs ou bulleux. Ces névroses cutanées urticariennes pures sont fréquentes. Mais il est encore plus fréquent peut-être de voir l'urticaire compliquer les éruptions des groupes précédents et celles du groupe suivant.

VII. — Ce septième groupe comprend les faits si complexes qui se rattachent à la dermatite herpétiforme de Duhring : les téguments réagissent ici d'une manière essentiellement polymorphe par de l'urticaire, de l'érythème figuré ou non, des vésicules, des bulles, des pustules, etc..., d'où les variétés tenant aux formes éruptives; d'autre part, les poussées éruptives sont subintrantes, ou successives, ou séparées par des intervalles réguliers ou irréguliers de calme, coïncident ou non avec la grossesse, etc... Ce sont nos dermatites polymorphes douloureuses que nous pourrions dénommer dans notre nomenclature actuelle névroses cutanées à type dermatite herpétiforme.

VIII. — On pourrait enfin, mais ceci nous paraît discutable, considérer comme étant le dernier terme de cette longue série le lichen ruber et ses diverses variétés. Ici les téguments

gissent par l'éclosion d'un élément éruptif tout à fait particulier, la nature spéciale duquel il ne peut y avoir le moindre doute, la ɔule typique de début du lichen planus d'E. Wilson. Cet élément ıt fort bien se montrer spontanément indépendamment de tout umatisme (comme d'ailleurs très probablement certaines des ıptions des dermatites herpétiformes); mais presque toujours il ɀmente ou se transforme sous l'action du grattage; parfois il pparaît qu'à la suite de ce grattage. Ces éruptions typiques uvent se compliquer de lichénifications qui finissent alors par iler les éléments primitifs.

De telle sorte qu'en adoptant notre nomenclature on pourrait ıssifier ainsi qu'il suit les affections névrosiques prurigineuses de peau:

I. — *Névrodermies* (prurits sine prurigo).

*A.* Névrodermies généralisées:

*a*) continues, sénile (prurit sénile), non sénile,

*b*) passagères intermittentes.

*B.* Névrodermies circonscrites:

*a*) continues,

*b*) intermittentes.

II. — *Névrodermites pures. Lichénifications primitives.*

*A. Névrodermites diffuses.* — Lichénifications avortées diffuses primitives.

*B. Névrodermites circonscrites chroniques.* — Lichénifications primitives franches pures circonscrites chroniques. Lichen simplex chronique de M. le Dr. E. Vidal.

III. — *Névrodermites eczémateuses lichénifiées.*

*A.* N. E. L. ordinaires.

*B.* N. E. L. à type prurigo de Hebra.

*C.* N. E. L. intermédiaires aux deux types précédents.

IV. — *A. Névrodermite chronique polymorphe à type dit en France prurigo de Hebra.*

*B. Névrodermite chronique à type prurigo pur.*

V. — *Névroses cutanées urticariennes à type lichen simplex aigu de M. le Dr. Vidal.*

VI. — *Névroses cutanées urticariennes pures.*

VII. — *Névroses cutanées à type, dermatite herpétiforme.*

VIII. — *Lichen ruber* (?).

Telle est la conception que nous proposons des dermatoses névrosiques prurigineuses. Certes, elle est loin de nous satisfaire, car les distinctions établies entre les divers groupes reposent surtout sur les modes divers de réaction des téguments; mais, quelque provisoire qu'elle soit, elle pourra peut-être faciliter les travaux ultérieurs : c'est là notre unique ambition.

## II.

## Remarques sur les alopécies de la Kératose pilaire.

Depuis les travaux d'Erasmus Wilson, de Tilbury Fox, de MM. Besnier et Doyon, de Taenzer, et surtout depuis notre mémoire sur la Kératose pilaire qui a paru en Janvier-Mars 1890, on sait que la Kératose pilaire ou lichen pilaire, ou xérodermie pilaire est un processus morbide d'une lenteur extrême, essentiellement caractérisé par une inflammation chronique du follicule pilo-sébacé, inflammation qui se traduit objectivement sur les membres par de petites papules rouges circumpilaires, et qui aboutit en dernière analyse à l'atrophie cicatricielle complète de ce follicule avec destruction définitive de la papille pileuse. C'est donc un processus décalvant par excellence.

Nous connaissons fort bien maintenant dans la plupart de ses manifestations et dans son évolution la kératose pilaire du corps, des membres, de la face; les alopécies sourcilières qui dérivent de cette maladie nous sont devenues familières dans leurs diverses formes, et pour leur description nous renvoyons à nos travaux antérieurs. Par contre nous n'avons encore que des notions assez peu précises sur les manifestations morbides de la kératose pilaire au cuir chevelu, et c'est sur ce point particulier que je veux appeler votre attention.

Dès maintenant on peut affirmer que la kératose pilaire peut intéresser de manières fort diverses le cuir chevelu : il est donc nécessaire de distinguer plusieurs catégories de faits.

1° Dans les faits connus sous le nom d'aplasie moniliforme Behrend, Hallopeau), de nodositas pilorum, de nodose hair, il s'agit le plus souvent d'enfants, plus rarement des jeunes gens (cas de W. G. Smith) et d'adultes dont les cheveux sont très courts, frisottants et présentent des renflements et des rétrécisse-

ments régulièrement successifs, de telle sorte qu'on les dirait constitués par des séries de fuseaux accolés bout à bout. Or, chaque cheveu malade est entouré à sa base d'une petite saillie rouge miliaire en tout semblable aux éléments caractéristiques de la kératose pilaire, et toujours ces malades portent aux lieux d'élection de la kératose pilaire des lésions qui permettent d'affirmer qu'ils sont kératosiques au plus haut degré. Bien plus, ces altérations du cuir chevelu sont héréditaires ou pour mieux dire sont des lésions familiales au même titre que la kératose pilaire elle même. Sur ce point il ne saurait persister la moindre ambiguité. Il ne faudrait pas en inférer cependant que dans tous les cas de cheveux annelés il existe de la kératose pilaire, ce qui est possible, mais n'est nullement démontré, et d'autre part que dans tous les cas de kératose pilaire du cuir chevelu les cheveux soient moniliformes, ce qui est certainement inexact.

2° Dans un deuxième groupe de faits je range des cas relativement assez fréquents, que j'ai surtout observés chez des adultes entre 20 et 50 ans, et qui présentent au premier abord l'aspect général des alopécies dites jusqu'à maintenant alopécies séborrhéiques. En regardant avec quelque attention le cuir chevelu, on voit qu'il est parsemé de trainées blanchâtres, de sortes de petites plaques alopéciques fort irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles, constituant dans les cas avancés et accentués, un véritable réseau à dessins variés couvrant tout le vertex, parfois même, quoique presque toujours à un moindre degré, les régions temporales. Le derme à leur niveau est d'un blanc plus ou moins mat, un peu déprimé, comme atrophié et cicatriciel. Parfois, lorsque les plaques sont moins cicatricielles dans leur ensemble, on peut voir à leur surface de petits points d'un blanc plus mat, en tout semblables aux cicatrices de la kératose pilaire des membres. Dans le voisinage de ces plaques où l'alopécie est absolue, on observe des plaques ou des trainées irrégulières au niveau desquelles le cuir chevelu a la coloration presque normale ou bien est d'un rose pâle et qui sont parsemées de petites papules rosées circumpilaires à divers degrés d'évolution. Les poils qui centrent ces papules sont grêles, fins, et évidemment atrophiés : mais tout à côté, entre les plaques alopéciques, se trouvent presque toujours des cheveux à aspect normal comme volume, teinte, adhérence, ou tout au moins presque normaux; ils sont en plus ou moins grande abondance, et forment des touffes plus ou moins fournies selon le degré d'évolution de la maladie. En somme les grands caractères

de cette variété d'alopécie sont d'aboutir à l'atrophie blanchâtre cicatricielle plus ou moins prononcée du derme, et d'être disposée en clairières irrégulières avec ilots intermédiaires de cheveux plus ou moins sains en apparence. Ce sont là de fausses alopécies séborrhéiques que je n'hésite pas à rattacher directement à la kératose pilaire, bien que ces sujets offrent le plus souvent de la desquamation pityriasique du cuir chevelu, parfois même de l'hypéridrose de cette région. Ils doivent à ce point de vue être divisés en deux catégories; les uns n'ont pas de séborrhée à proprement parler, les autres ont au contraire un enduit séborrhéique vrai assez abondant.

3° A côté de ce deuxième type on peut ranger les faits analogues à ceux qu'a fait connaître Taenzer sous le nom d'ulérythème ophryogène, et dans lesquels il se forme de petites papules rouges autour des cheveux qui finissent par tomber en laissant de nombreuses plaques chauves dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une cerise, ayant un aspect cicatriciel, légèrement déprimées, blanches, brillantes, et lisses. Les cheveux qui restent forment de petites touffes intermédiaires aux plaques. Les plaques chauves s'étalent peu à peu, finissent par former des surfaces glabres plus ou moins étendues à contours irréguliers. Leur surface analogue à un crible présente encore çà et là quelques rares cheveux isolés dont les follicules pileux évasés surgissent en forme de cônes comme dans la peau ansérine et sont séparés des parties adjacentes par un liseré hyperhémique étroit. Les touffes de cheveux sont formées de deux à six cheveux très rapprochés les uns des autres au point de paraître émerger d'un orifice folliculaire (Taenzer).

Il est permis de se demander si ces lésions si considérables qui forment parfois une ou plusieurs plaques glabres cicatricielles fort larges, et qui n'offrent pas toujours des points d'attaque multiples disséminés çà et là sur tout le vertex, sont bien dues à la kératose pilaire seule, et non à un autre processus morbide surajouté au processus kératosique. Il est fort difficile de donner une réponse catégorique. Mais il semble hors de doute en tous cas que ces lésions aient d'étroites relations avec la kératose pilaire. Les sujets chez lesquels elles ont été observées étaient tous atteints de cette affection à un très haut degré : ils avaient de l'alopécie sourcilière d'origine kératosique; d'ailleurs en lisant attentivement les descriptions cliniques de nos deuxième et troisième variétés, il

est impossible de ne pas voir entre elles de réelles analogies d'aspect et d'évolution. La variété dont nous parlons en ce moment présente un degré de plus dans le processus atrophique cicatriciel.

4⁰ La quatrième variété que nous croyons devoir distinguer présente au contraire un degré de moins dans l'intensité du processus qui se voile ici de manière à n'être que difficilement reconnaissable. Ces altérations peuvent se développer dès les premières années de la vie, ou bien ne devenir perceptibles qu'entre 15 et 25 ans.

*a*) Chez l'enfant en bas âge elies coïncident toujours avec un état icthyosique plus ou moins marqué des téguments et de la kératose pilaire accentuée des membres. Les cheveux sont presque toujours secs. Le cuir chevelu offre des altérations multiples. Ce qui frappe tout d'abord, c'est une desquamation pityriasique plus ou moins abondante, plus ou moins adhérente au cuir chevelu, parfois très sèche, parfois au contraire, surtout vers la partie médiane et supérieure du crâne, nettement séborrhéique, surtout lorsqu'on ne lave pas fréquemment la tête. Disséminée çà et là sur le vertex, souvent même vers les régions temporales, existe une alopécie disposée en clairières; ce sont au début de toutes petites plaques au niveau desquelles le derme glabre semble être atrophié, comme cicatriciel, un peu déprimé. Il n'est le siège ni d'aucune sensibilité, ni d'aucune démangeaison, et cependant dans le voisinage de ces plaques, se voient des sortes de trainées rosées, ressemblant jusqu'à un certain point à des éléments d'eczéma séborrhéique circiné du cuir chevelu : elles indiquent qu'il existe en ces points un certain processus inflammatoire en activité. Lorsqu'elles commencent à se former, les plaques alopéciques sont en quelque sorte criblées d'orifices minuscules d'où ne sort pas d'ailleurs les moindre duvet. Tout autour de ces petites plaques se voient des poils grêles, un peu frisottants, mais non annelés, à bulbe plein et qui se détachent sans le moindre effort. Par contre il en est d'autres tout-à-fait voisins qui présentent leur adhérence, leur longueur et leur volume normaux.

*b*) Chez l'adulte la variété dont nous parlons coïncide avec une chute des cheveux presque incessante, et que l'on range d'ordinaire dans les alopécies dites séborrhéiques ou dites alopécies prématurées idiopathiques, lesquelles sont si fréquentes à l'époque actuelle entre 15 et 30 ans. Quand on examine avec quelque attention le cuir chevelu, on voit que l'alopécie dans les faits auxquels nous faisons allusion est constituée par de petites plaques extrêmement irrégulières de forme et d'étendue communiquant entre

elles ou tout-à-fait isolées, d'un blanc mat, comme déprimées, un peu cicatricielles, quoiqu'à un moindre degré que dans les deuxième et troisième variétés, et au voisinage desquelles, comme chez les enfants (voir ci-dessus), on trouve des cheveux de divers calibres, assez souvent des cheveux en tout semblables aux cheveux normaux. Ici encore il peut n'y avoir sur le cuir chevelu que de la desquamation sèche; ou bien il s'y forme un véritable enduit séborrhéique, ce qui conduit tout naturellement à rattacher purement et simplement ces faits aux alopécies dites séborrhéiques.

Or toutes les fois que j'ai observé cette disposition spéciale en clairières, j'ai retrouvé de la kératose pilaire des membres et parfois des sourcils. Et quand je dis que j'ai retrouvé de la kératose pilaire des membres, je ne dis pas que j'ai constaté chez ces sujets les grains rouges circumpilaires caractéristiques. Il est rare en effet qu'aux membres, la maladie n'ait pas déjà terminé chez eux son évolution; il semble que dans ces cas on ait affaire à une kératose pilaire à allures assez rapides et à tendances dépilantes nettement accentuées. Aussi, pour savoir si ces sujets sont des kératosiques, faut-il regarder s'il y a oui ou non du duvet et des cicatricules blanchâtres déprimées, punctiformes à la partie postérieure des bras et des avant-bras. L'alopécie totale de ces régions est un excellent indice de l'existence de cette affection.

Il est cependant un peu difficile au premier abord de faire de ces alopécies du cuir chevelu des manifestations pures et simples de la kératose pilaire, car l'élément papuleux circumpilaire caractéristique semble faire ici complètement défaut. Néanmoins nous venons de voir que l'on observe quelquefois dans ce groupe de faits de petites traînées rouges indiquant qu'il se produit un certain travail inflammatoire lent dans le cuir chevelu, travail inflammatoire à tendances dépilantes et qui par suite parait être absolument du même ordre que celui de la kératose pilaire de la barbe ou des sourcils par exemple : (Voir notre mémoire de 1890. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie). Aussi, malgré les réserves précédentes, nous paraît-il impossible de ne pas trouver dans cette forme spéciale de l'alopécie, dans cette disposition en petites clairières cicatricielles, dans cette marche lente, progressive, irrégulièrement extensive, dans cette coïncidence constante de l'alopécie kératosique des membres, autant d'arguments de haute valeur qui conduisent à penser que si la kératose pilaire n'est pas ici l'unique processus morbide dépilant, du moins il participe dans une certaine mesure au développement de la maladie.

Il est d'ailleurs relativement facile de comprendre comment il se fait que le processus morbide de la kératose pilaire ne se manifeste pas dans la grande majorité des cas au cuir chevelu par les papules circumpilaires caractéristiques. En dehors des groupes de faits que nous avons signalés plus haut (1e et 2e variétés) on peut encore les y constater dans des circonstances fort rares qui pourraient à la rigueur constituer un cinquième groupe : chez certaines personnes atteintes de kératose pilaire accentuée des membres qui pour une raison accidentelle quelconque comme une pelade par exemple voient pendant longtemps leurs cheveux remplacés par du duvet assez fin, il est possible d'observer au sommet de la tête autour de ces poils de duvet des papules de kératose pilaire.

La kératose pilaire peut donc se manifester au cuir chevelu sous l'aspect pathognomique de papules péripilaires, mais il semble qu'elle ne puisse le faire que dans certaines conditions assez spéciales et encore assez mal connues; en particulier les papules ne s'y forment qu'autour de poils fins, à racine peu profonde. Cela est logique, car le processus inflammatoire de la kératose pilaire étant des plus limités et des plus lents, si la papille pileuse est profondément située dans le derme, ce processus ne peut être apparent à l'extérieur, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Mais à mesure qu'il évalue, le processus remplace les poils adultes normaux par des poils plus grêles et plus superficiels, il peut donc alors devenir apparent soit sous forme de rougeurs irrégulières, soit sous forme de saillies rosées circumpilaires.

On sait d'autre part par ce qui se passe aux sourcils que les plaques alopéciques les mieux caractérisées et les plus cicatricielles d'aspect peuvent se développer dans la kératose pilaire sans qu'il y ait eu autre chose d'apparent qu'un peu de rougeur du derme et des saillies circumpilaires minuscules.

Est-ce à dire que nous voulions substituer complètement la théorie de l'alopécie par kératose pilaire aux diverses théories quelque obscures qu'elles soient qui ont été émises pour expliquer l'alopécie prématurée idiopathique et les diverses alopécies dites de la séborrhée sèche? En aucune façon. Nous voulons seulement montrer pour le moment que le processus kératosique entre, dans beaucoup de cas, au moins pour une certaine part, dans la production de ces alopécies. Il faudra plus tard tâcher de déterminer dans quelle proportion il intervient, ce qui, nous le reconnaissons, présente les plus grandes difficultés.

## Herr Barthélemy (Paris):

### Du Dermographisme.

Etude pathogénique, clinique et historique.

### I.

### Exposition et division du sujet. Définitions.

Je me souviens encore de la surprise que j'ai éprouvée lorsque, nvié comme les autres internes de hôpital St. Antoine, par M. le ·. Dujardin-Baumetz j'ai examiné pour la 1re fois au commencement : juillet 1879, une femme de 29 ans, mais paraissant plus âgée, :bilitée et nerveuse, sur les téguments, d'ailleurs complètement ıesthésiés de laquelle toutes les empreintes, non-seulement étaient :avées en couleur rose, mais encore restaient saillantes pendant e longues heures, sans hyperthermie ni démangeaisons. Quelques ›urs après, l'observation a été communiquée à la Société médicale ıes hôpitaux de Paris, accompagnée de remarques non moins ntéressantes que le fait lui-même, sous le nom d'autographisme. .'affection cutanée dont était atteinte cette femme-cliché, avait été ignalée brièvement par les anciens dermatologistes : Rayer 1835, — 'illan et Bateman 1841, — et décrite avec quelques détails par V. Gull 1859, — puis des observations isolées furent publiées par eusinger 1867, — par Köbner dans ses conférences de 1870, — r Blachez 1872, — par Hebra père 1874, — par Zenker 1875. ıis, ce ne fut à proprement parler qu'à partir de l'observation Beaumetz et des publications de Mesnet, qu'en France tout au ›ins, cette affection devint de notion courante. D'un côté les rmatologistes : E. Schwimmer 1880, — G. Behrend 1882—1883, Barthélemy et Colson (trad. Duhring 1883), — le regretté :helson et le Prof. Caspari 1882 — etc.; de l'autre côté les ırologistes : Axenfeld. Charcot et ses élèves, Bourneville et Regnard 79—1881, — Huchard 1883 — etc. contribuèrent à faire mieux ınaître l'affection.

C'est au souvenir de l'impression médicale déjà ancienne, mais jours vivace que j'ai signalée en commençant, que je cède au- rd'hui en faisant le travail qui va suivre. Depuis lors, en effet, ıtes les fois que j'ai rencontré un cas de cet ordre, je l'ai soigneuse- nt noté et c'est une étude d'ensemble, d'après 42 de ces faits : je tente aujourd'hui. En vérité, le nombre des cas semble

ici importer médiocrement car, le phénomène à quelques variations d'intensité près, est identique à lui-même. D'une manière générale, les mots de simple épiphénomène sont ceux qui conviennent le mieux pour le qualifier, car il ne s'agit ici que de troubles vasomoteurs ne survenant pas dans des circonstances graves et n'ayant pas pour l'avenir d'une santé une signification bien importante.

Les conditions qui président à sa production sont, d'une part le nervosisme, d'autre part l'arthritisme. S'il s'agit bien d'un symptôme commun à plusieurs états différents, c'est-à-dire d'un syndrôme, s'il s'agit bien d'un effet et non d'une cause sui generis, il ne peut être logiquement possible d'admettre pour le désigner le mot de dermographie, mais bien celui de dermographisme.

D'autre part si le sujet peut faire lui-même des empreintes durables et saillantes sur sa peau, comme il est manifeste qu'il n'est pas seul à les pouvoir produire, comme il n'y a aucune différence entre celles qui sont créées par le sujet lui-même et celles qui sont réalisées par les observateurs, le qualificatif »*auto*« n'est pas à sa place et doit disparaître devant une dénomination plus générale.

L'intention qui ressort des impressions d'urticaire provoquée en factice est juste à un point de vue, mais pour les autres, elle est si défectueuse et si contestable qu'il n'y a pas lieu non plus de la conserver. Quelle analogie en effet, autre que la saillie et la coloration trouve-t-on entre ces deux états de la peau qui diffèrent pour la spontanéité, la localisation, le prurit, la latence, l'état permanent, virtuel et volontaire d'une part et pour l'état intermittent, les accès involontairement et péniblement tolérés d'autre part? De plus, il n'est pas prouvé que dans l'esprit de ceux qui ont parlé d'urticaire factice, ait existé primitivement l'intention de faire allusion à une seule et même intoxication possible, cause commune de l'urticaire provoquée et de l'urticaire spontanée.

Il s'agit, on le sait, de troubles survenus dans le fonctionnement des vasomoteurs de la peau. Que faut-il, dès lors, pour qu'il se produise du dermographisme? une seule condition ne suffit pas: Il en faut deux. D'une part un système nerveux spécialement susceptible et impressionable, soit héréditairement, soit d'une manière acquise, d'autre part, un toxique agissant soit sur les vasomoteurs périphériques (théorie cutanée) soit plutôt, à notre avis, sur les centres vasomoteurs de la moëlle épinière ou de la moëlle allongée (théorie bulbaire). Le dermographisme n'est que le témoignage que le système nerveux a cessé d'être réfractaire aux toxiques, c'est la preuve que l'intoxication est faite.

un agent toxique propre à impressionner ce système nerveux soit dans se périphérie, soit plutôt dans ses centres.

Quoiqu'il en soit, nous désignerons sous le nom de dermographisme l'aptitude que prend la peau de conserver, très amplifiées et plus ou moins durables les traces qui y sont faites. A l'état normal il faut une pression très intense et prolongée (cordages fortement serrés) et l'on n'a qu'une trace passagère. Ici, il suffit d'un simple contact avec un instrument mousse, et on obtient une impression fortement gravée, persistante et saillante.

Début. — C'est presque toujours par hasard que le fait est observé; comme il est indolent, on ne sait depuis quand il existe; mais, à la suite d'un incident quelconque : émotion, colère, chute de voiture, accident de chemin de fer, plaie par arme à feu ou par la foudre, crise nerveuse, mais aussi, il faut bien le dire, sans aucune de ces éventualités, on constate que des traces très marquées subsistent à la peau; tantôt ce sont les traces des doigts (impressions digitales par pression, grattage ou friction), tantôt ce sont les traces des vêtements plus ou moins serrés, aux bras, aux épaules, au dos, à la poitrine, où les dentelles, par exemple, restent gravées avec tous leurs dessins. Le moindre contact suffit, d'autres fois, pour amener le même résultat : une de mes malades se plaignait de ne pouvoir être embrassée sans que de grosses marques ne vinssent lui balafrer le visage. Une fillette sautant à la corde eut le visage tout marqué par le simple effleurement de cette corde. La malade de Blachez venait elle à se laver les mains à l'eau froide, qu'il survenait immédiatement une démangeaison suivie d'un sentiment de brûlure insupportable; aussitôt après, se montrait une éruption de larges taches roses, saillantes, à contours festonnés; les doigts se gonflaient au point de gêner considérablement la flexion et les pieds devenaient le siège de sensations de chaleur insupportables. Le phénomène était à son maximum au bout d'un quart d'heure, et décroissait à peu près dans le même laps de temps. La malade sortait-elle, à peine avait-elle subi l'impression du vent ou d'une température un peu basse que les bosselures ortiées couvraient toute la face et la partie supérieure du cou.

Une jeune fille de 16 ans, avait la peau si sensible qu'elle ne pouvait être embrassée à la pension, même par ses amies, sans avoir aussitôt de plaques rouges à la face. Les moindres grattements aux bras et aux mollets, c'est là du moins qu'elle les remarquait le plus, provoquaient des stries saillantes, de même que les dentelles de ses chemises et les mailles à jour de ses bas, laissaient

ıes, si fréquents auxquels je fais allusion, elle se prolonge de à 25 secondes environ, puis s'éteint et palit graduellement mais :gulièrement peut-être conformément aux inégalités d'excitation de pression qu'a subies la peau. A un degré un peu plus prononcé, la raie rouge est limitée en dehors par deux étroites raies ınches, qui disparaissent avant la raie rose centrale; celle-ci disıraît à son tour par lignes sinueuses ou déchiquetées sur les ›rds, puis par petites zones, de façon qu'on a quelques îlots rosés isolés u lieu d'avoir une bandelette continue : tout cela évolue sans qu'une ensation anormale quelconque soit intervenue.

En analysant le phénomène, les bandelettes latérales blanches correspondent à un spasme constricteur des vasomoteurs qui détermine en ce point une anhémie presque complète; les parties roses à une dilatation des vasomoteurs et à une stagnation du sang. Ainsi, il y a d'abord spasme et contracture à la périphérie, puis dilatation ou parésie ou même paralysie des vasomoteurs au centre, puis quand est passée cette sorte de convulsion circulatoire, peu à peu se rétablit le cours normal du sang.

Pour ce phénomène atténué, l'observation clinique en montrant ur quels sujets on le rencontre le plus souvent, prouve que même ms cette forme fruste ou moyenne il y a encore alliance des ;tats, nervosisme et arthritisme, que nous avons signalés comme ›pensables à la production du grand état dermographique.

Entre ce phénomène atténué, et le phénomène intensif, donnant liefs de 2 à 6 millimètres de haut (cas de Beaumetz et de in), tous les degrés sont possibles à rencontrer et, s'il y a grande différence entre deux cas extrêmes, les proportions es sont minimes pour le médecin qui peut observer un mbre de cas. En suivant bien l'échelle des intensités, on compte qu'il n'y a dans le dermographisme le plus intense, hénomènes absolument identiques, aux précédents, bien ubi un grossissement parfois extrême. (Dermographisme ique.)

lisons-nous, en effet, dans les déscriptions si minutieuses que nous les prennions en Allemagne, en Angleterre e : Gull, Blachez, Junker, Beaumetz, Mesnet, Leroing, Caspary, Schwimmer, Axenfeld, Chatelain, Raymond, r, etc... q'ils soient anciens ou modernes, tous font on identique à celle que nous pourrions donner nous-

Aussitôt le passage de la pointe mousse, pâleur passagère, suivie du phénomène de la chair de poule qu'à la loupe on voit se produire presqu'aussitôt (cutis anserina, urticaire miliaire, urticaire folliculaire, érection des follicules) preuve comme le fait remarquer avec raison le regretté Michelson, que les nerfs moteurs entrait en jeu, 30 secondes après, rougeur faible sur la ligne tracée, entourée de 2 zones pâles;

1 minute $^1/_2$ après, 3ᵉ zone rouge, périphérique, s'étendant, diffuse au loin;

fin de la 2ᵉ seconde : la ligne centrale se couvre d'incarnat d'abord par points isolés et surtout au niveau des follicules pileux;

3ᵉ minute : extension de la saillie blanche qui envahit la 1ʳᵉ zone pâle et arrive aux limites de la zone rouge périphérique. Peu à peu le phénomène vasomoteur se complète et s'accentue; la ligne s'étend, grossit, gonfle, prend un relief arrondi à l'extrémité, atteint le volume d'un cordonnet enfilé sous la peau ou d'une plume d'oie posée sur le derme, ou encore prend l'apparence d'une grosse veine dure;

4ᵉ ou 5ᵉ miuute : l'élevure et l'apparence ortiée sont complètes, les saillies folliculaires isolées sont confondues entr'elles, disparues dans l'infiltration générale; seulement, sur les bords, on aperçoit quelques follicules proéminents, donnant à cette partie, un aspect grenu, chagriné.

Une demi-heure, une heure, quelques heures après, évolution inverse, graduelle. L'acmé fait place à la période de déclin, l'aréole rouge se rétrécit, l'élevure s'affaisse, diminue de largeur, et peu à peu tout disparait. A la fin du phénomène quand il ne reste plus qu'une rougeur diffuse, il est encore possible de percevoir, en y promenant la pulpe du doigt, une légère saillie qui n'est plus sensible à l'oeil; plus tard encore, en frictionnant la zone, il est possible de faire reparaître, dans une légère mesure, les caractères tracés.

Delboeuf a observé le fait suivant (revue de hypnotisme, mars 1892) : la peau étant revenue en apparence à son état normal, si l'on frotte vivement l'endroit où avaient été tracés les caractères, on les voit réapparaître momentanément et fugitivement, en teinte pâle, sur la rougeur produite. Cette faculté de réapparition était encore sensible après une demi heure. Delboeuf s'est assuré qu'il ne s'agissait point là d'un phénomène normal, et, en effet, les 2 personnes sur lesquelles il l'a expérimenté, ne l'ont point présénté.

Tel est le grand état dermographique dont on peut voir une représentation exacte d'après une belle étude à l'huile faite par mon très cher ami, H. Cain, que je suis très heureux de pouvoir ici remercier. On voit qu'entre les 2 formes, la plus légère et la plus intensive, la succession des diverses phases du phénomène dermographique est identique. Il n'y a qu'une différence de degré et non une différence de nature dans les phénomènes.

Suivant les sujets et suivant le mode et l'intensité de l'excitation cutanée, quelques variantes peuvent avoir lieu. La raie blanche du début peut durer plus ou moins longtemps, quelquefois la rougeur la remplace immédiatement. Dans d'autres cas c'est la chair de poule qui est hâtée ou retardée, la saillie des élevures au lieu de 2 milimètres peut-être moindre. Dans quelques cas elle a pu être beaucoup plus considérable.

La durée du phénomène est un des points qui varie le plus : une demi-heure est la règle; une, 2, 3, 4 heures se voient encore souvent. 8, 10, 12, 24 heures, deviennent des exceptions, mais ont été observées. Cornu signale une durée de 2 jours, après laquelle les traces se présentaient encore sous forme d'égratignure. Chez quelques malades, la répétition du phénomène peut se faire indéfiniment; chez d'autres elle s'affaiblit peu à peu comme s'il se produisait une sorte d'épuisement nerveux. Dans un cas observé par Ferri et Lamy l'épuisement s'est prolongé jusqu'au lendemain matin. Quelle que soit l'intensité du phénomène, il n'est jamais suivi ni d'ecchymoses ni de sugillations.

Voilà pour le phénomène en lui-même, revenons maintenant à sa cause, à la névrose vasomotrice.

Il n'est pas prouvé que les phénomènes dermographiques les plus intenses correspondent à l'intoxication la plus profonde. La susceptibilité du système nerveux chez chaque sujet joue le rôle principal vis-à-vis de ces toxines, comme vis-à-vis de tout autre agent nuisible : alcool, chloroforme, opium, etc. . . dont l'idiosyncrasie fait varier les doses pour chaque individu en vue d'un résultat équivalent. Il nous semble juste de penser qu'avant que le dermographisme n'éclate les sujets sont déjà préparés comme l'est, pour s'enflammer, une allumette bien sèche et bien chargée de soufre et de phosphore. Il suffit alors d'un simple frottement ou incident pour amener le paroxysme : ce sera tantôt une chute, un coup de feu, une secousse physique ou morale, une émotion violente, tantôt un écart de régime, tantôt une infection (Michelson, 12e jour d'une blennorrhagie), tantôt enfin une intoxication aiguë (moules, poissons

avariés, etc. . .). Le dermographisme pourra même s'accompagner dans ces cas d'une poussée intense d'urticaire vulgaire, vraie, prurigineuse; c'est probablement ainsi que doivent s'expliquer les apparitions subites du dermographisme.

Si l'on ne peut dire exactement quand le dermographisme commence, il n'est pas plus possible de fixer d'avance, même approximativement la date de sa disparition. Au bout de 15, 20 ou 30 mois, l'affection peut disparaître pendant un temps plus ou moins long, puis revenir pendant quelques mois encore, avant de disparaître définitivement.

Mesnet cite des durées de 2, 3, 4 ans et plus. D'autres ont observé la persistance pendant 6 et 8 ans. On ne suit pas toujours les malades assez longtemps pour pouvoir noter l'époque de la disparition. J'ai assisté à la disparition complète et à la guérison persistante d'un cas des plus accentués au bout de 18 mois. Junker a vu disparaître le dermographisme chez son malade qui était saturnin, en même temps que l'intoxication plombique.

Pendant la durée du dermographisme, on peut noter quelques variations légères. Mesnet rapporte que chez quelques uns de ses malades, l'intensité était plus grande au printemps; l'époque des règles ramenait le phénomène à son maximum de développement. Dans 2 de mes observations, le phénomène a été fortement stimulé dans un cas au début d'une rougeole, et dans l'autre surtout au début d'une scarlatine.

J'ai vu le phénomène trés net et très complèt, chez 2 épileptiques, mais je n'ai pu les examiner au point de vue dermographique, immédiatement après leurs accès comme il est arrivé à Ferré et Lamy. Or pendant la stupeur post-épileptique, le phénomène était impossible à obtenir, et après l'accès, au lieu des saillies, il n'y avait que des rougeurs de faible intensité. L'accès d'épilepsie semble donc due épuiser l'excitabilité cutanée, alors que la crise hystérique paraît au contraire l'augmenter.

Toutes les parties du corps ne sont pas également aptes à reproduire en saillies les traits qui y sont tracés. Les sièges d'élection sont : le thorax, soit au niveau du sternum, soit surtout entre les 2 épaules; puis, la face, puis les membres supérieurs et inférieurs, en diminuant progressivement de la racine vers l'extrémité. Chouppe (soc. de biol. 21 nov. 1891) a signalé un cas où le dermographisme était plus prononcé à la face que sur le reste du corps.

Mais, nombreux sont les cas où le phénomène est réalisable sur toute l'étendue des téguments : aux pieds, aux mains, au cou,

aux fesses, au visage, voire sur les muqueuses par exemple à la voûte palatine, comme chez l'un de mes malades où il n'y avait pas de saillies, mais où la raie rose ne durait que quelques minutes, alors que sur la peau elle était saillante et persistante pendant plusieurs heures; de même dans un cas de Chambard, de même encore du côté de la gorge et de l'œsophage, comme chez la malade de Blachez.

J'ai dit qu'un de mes dermographiques, l'un des plus impressionnables et de ceux dont les photographies ont été faites, faisait dater son affection cutanée d'un jour fixe où il avait fait une violente chute de voiture. Bien que cocher, il n'était pas alcoolique, mais il portait aux doigts des déformations caractéristique du rhumatisme chronique. Il avait depuis plus de 20 ans des troubles dyspeptiques et des phénomènes nerveux d'origine manifestement hystérique.

L'hyperthermie locale a été signalée au moment où se produit le dermographisme; je ne l'ai pas recherchée au thermomètre et je ne l'ai pas constatée à la main. La sensibilité était exactement la même que sur les points non excités, d'ailleurs complète chez la plupart.

L'absence d'hyperthermie élimine toute idée d'inflammation pour faire plutôt penser à un état névropathique de la peau, tributaire de l'hystérie. Ces ataxies circulatoires, d'une part spasme et contracture, cause de l'anhémie périphérique, dilatation et paralysie vasomotrice produisant au centre une stagnation du sang et parfois des infiltrations des couches superficielles du derme peuvent bien être considérées comme de véritables manifestations intra-dermiques, de l'hystérie. En tout cas, on retrouve bien ici l'association du nervosisme et de l'arthritisme, mais étant donnée la préexistance des troubles gastriques, il est permis de supposer que le malade devait antérieurement à sa chute, avoir du dermographisme atténué, plat, fugace (petit état dermographique).

Ce n'est pas seulement chez l'adulte que ce petit état se rencontre fréquemment; il en est de même chez les enfants même très jeunes qui sont si souvent sujets au vice d'alimentation et aux troubles de digestion; aussi est-on souvent très embarrassé de savoir, par exemple, dans une méningite, et dans une fièvre typhoïde surtout (puisque celle-ci se développe avec une préférence marquée sur les sujets dont l'appareil digestif fonctionne habituellement d'une manière défectueuse) ce qui revient en propre à la maladie, et ce qui existait antérieurement à elle. Pour bien juger la question, il

faudrait savoir exactement quel était l'état dermographique d'un sujet avant l'une des maladies que nous venons de nommer : ce sera l'objet de recherches ultérieures.

Quoi qu'il en soit, et bien que l'on ait démontré que l'hystérie était fréquente chez les jeunes enfants, bien que, d'autre part, l'urticaire soit un phénomène fréquent dans l'enfance, je n'ai constaté chez des enfants de 3, 5, 6 et 8 ans, que le petit état dermographique.

Les plus jeunes de mes grands dermographiques étaient âgées l'une de 9 ans, l'autre de 11 ans. Toutes deux avaient une hygiène alimentaire défectueuse, de fréquentes indigestions, une constipation habituelle, de la pâleur, de la céphalalgie, et tous les signes de la dystrophie chronique d'origine gastrique.

Nous avons dit que beaucoup d'hommes étaient atteints du petit état dermographique. Chez eux c'est aussi la règle de ne pas arriver au phénomène intensif, bien qu'il ne soit pas rare d'en rencontrer, et des plus accentués : toujours comme dans l'hystérie masculine, qui, plus rare que la féminine, dépasse quand elle éclate, toute mesure, et défie toute comparaison.

Le plus âgé de mes grands dermographiques avait 62 ans; un autre, le cocher, 57; plusieurs, entre 40 et 50; enfin, le plus grand nombre, entre 20 et 30.

Chez les femmes, le système nerveux est plus vibrant, plus impressionnable, ce qui explique la plus grande fréquence chez elles, des troubles nerveux. C'est ce que nous observons, du moins pour le dermographisme, grand état, où plus des $^3/_4$ des sujets sont des jeunes filles ou des femmes, n'ayant pas dépassé l'âge de la ménopause. Une seule était dans ce cas, à 60 ans, mais son dermographisme n'était que de moyennne intensité et ne durait pas plus de 20 minutes.

Comme a dit Trousseau, est-ce parce que l'âge calme la fougue nerveuse, même en ce qui concerne les vasomoteurs cutanés?

Si, parfois, le dermographisme est manifestement lié à l'hystérie, il n'est pas moins vrai que d'autres fois, il en est complètement indépendant. Ce sont les cas peut être les plus fréquents où le dermographisme n'est accompagné d'aucune sensation anormale et où, à lui seul, il constitue toute l'affection. Mais, il y a des cas également incontestables où, c'est au contraire au milieu des phénomènes les plus nettement hystériques que le dermographisme se développe. Tels sont les faits rapportés par Blachez, Beaumetz, Bonneville, Mesnet, et par tant d'autres observateurs, où l'anesthésie

se montre soit généralisée, soit unilatérale, l'intensité du dermographisme n'étant d'ailleurs nullement modifiée par ce défaut de sensibilité. Caspary a controlé expérimentalement le fait, en chloroformant d'une manière complète et jusqu'à l'anesthésie de la cornée, un sujet sur lequel le dermographisme resta aussi intense qu'à l'état normal.

L'association incontestable du dermographisme et de l'hystérie, constitue peut-être un argument de plus à l'appui de la théorie qui considère les troubles hystériques comme consécutifs, eux aussi à des intoxications. Dans les cas d'hérédité, on reçoit un système nerveux plus particulièrement sensible au toxines, comme on rencontre tel organisme originellement et éminemment impressionnable par tel ou tel médicament.

Le dermographisme ne serait pas engendré par l'hystérie mais l'hystérie et le dermographisme relèveraient si non d'une seule et même cause, du moins de causes analogues.

Parmi mes malades, 3 frères présentent le grand état dermographique, tous 3 très nerveux, ont d'ailleurs des dilatations d'estomac prononcées. D'autre part, une fillette de 9 ans présentait un dermographisme aussi fortement saillant qu'une grande personne et persistant de 15 à 20 minutes, et fille d'un père très nerveux qui est porteur comme son autre fille âgée de 6 ans du petit état dermographique, et nièce de deux tantes qui sont elles-mêmes de grandes dermographiques. L'hérédité neuropathologique est donc ici formelle et suivant une même modalité.

Le dermographisme se rencontre dans toutes les conditions sociales, je l'observe aussi intense chez 2 jeunes femmes dont l'une, méridionale est la maitresse, et l'autre, bretonne, est la servante.

Beaucoup de médecins militaires ont signalé sa fréquence dans l'armée : les ouvriers, les paysans, n'en sont pas exempts. Je l'ai vu plus intense après une attaque de grippe et après une rubéole. Chez un autre sujet, l'augmentation du dermographisme fut très nette dans les premiers mois d'une infection syphilitique. Là encore, le dermographisme se comporte comme l'hystérie.

D'autre part, j'ai rencontré le dermographisme dans les maladies les plus diverses : épilepsie, 2 fois; hystérie, 11 fois; tabès, 52 ans, 1 fois; goutte, 47 ans, 1 fois; goitre exophtalmique, 30 ans, 1 fois; sclérose en plaques, 47 ans, 1 fois; dans ces deux cas, la sensation d'hyperthermie était marquée surtout au dire des malades qui se plaignaient de chaleur insupportable dans les jambes; paralysie générale, 2 fois; psoriasis, 2 fois; pityriasis rosé, 4 fois; diabète,

6 fois; sclérodermie, 1 fois (femme de 60 ans ménopause faite); artériosclérose rénale, 1 fois; rhumatisme et cardiopathie, 4 fois; tuberculose pulmonaire, 2 fois; enfin, urticaire, 17 fois. — Dans 1 cas, l'urticaire durait depuis 2 ans, pendant lesquels la malade n'était pas restée 8 jours sans en avoir des poussées. Dans ces 17 cas, il y avait prurit et démangeaisons violentes. Certains malades présentaient plusieurs cas morbides simultanées.

On le voit, dans les maladies les plus différentes, le dermographisme reste toujours identique à lui-même. Raymond, de son côté nous fait connaître qu'on l'a signalé dans diverses affections de la moëlle, syringo-myélie (Roth, Schulz, Grasset, etc. . .), pachyméningite cervicale hypertrophique (Weil), causes de la colonne vertébrale (Clément); lèpre (Kalendero); zona (Snyster); maladie de Werhloff (Clément); diabète (Peter); 1 cas de kyste hydatique du foie, cause à la fois d'urticaire et de grand dermographisme (Duguet). Michelson l'a constaté dans deux cas de blennorrhagie, moi-même je l'ai observé 3 fois dans ces conditions, mais je n'ai pas suivi les malades à ce point de vue croyant d'une simple coïncidence, Michelson au contraire, a fait cette remarque intéressante que le dermographisme, apparu le 13° jour de la blennorrhagie, diminuait au fur et à mesure que cette affection guérissait; asphyxie locale des extrémités (Raymond); depuis ce dernier auteur signale le dermographisme comme phénomène prémonitoire d'attaques hystériques.

C'est donc dans les conditions de santé les plus diverses que les divers auteurs ainsi que moi ont rencontré le dermographisme; comme les contractures et les paralysies, comme tout autre manifestation de l'hysterie, le dermographisme peut se développer avec anesthésie totale ou partielle ou bien, avec hyperesthésie ou bien, ce qui est le cas le plus habituel, sans aucune modification de la sensibilité normale. C'est ce que démontre nettement l'examen des observations et c'est un rapprochement de plus à faire entre le dermographisme et l'hystérie, conclusion toujours la même, mais à laquelle nous sommes ramené par des faits différents. Une cause qui produit l'un peut produire l'autre, ce n'est encore qu'une hypothèse, mais une hypothèse que les faits rendent plausible; il me semble que je m'accorde en ce point avec les idées émises dès 1880 par Schwimmer et par G. Leroing en 1887. (Deutsche Zeitschrift für pract. Med. No. 17.)

Ainsi donc, au milieu des contradictions apparentes et de la confusion créée par les circonstances si différentes au milieu des-

quelles le dermographisme a été constaté, quelques points seulement restent constants, mais ce sont toujours les mêmes et précisement ceux que nous avons signalés au début de ce travail, à savoir le névrosisme, l'arthritisme, les vices d'alimentation et de digestion, c'est-à-dire les auto-intoxications et nous sommes ainsi conduit aux faits depuis longtemps signalés par Charcot (névrosisme, athritisme) et par Bouchard (cours de pathol. générale) et ces faits restent vrais, indépendamment de toutes les théories qui peuvent se succéder autour d'eux.

Toutefois, les théories que nous venons d'exposer semblent avoir reçu une confirmation formelle ainsi que la base solide qui leur faisait défaut jusqu'ici, du fait des expériences si concluantes datant de novembre 1890, que Bouchard a fait connaître le 26 octobre 1891 à l'Académie des sciences, sur les actions vasomotrices des produits bactériens. Il faut lire en détail cette importante communication dont je ne puis donner ici qu'un trop court et trop incomplet résumé.

Le plasma du sang qui constitue l'élément principal des fluxions, des poussées congestives et de l'œdème inflammatoire, peut sortir des vaisseaux indépendamment des globules blancs ou rouges, avec eux, avant eux, et même sans eux.

En introduisant sous la peau ou dans les veines d'un animal un produit qu'il a retiré des sécrétions du bacille pyocyanique et qu'il appelle anectasine, Bouchard a l'irritabilité chimiotoxique du plasma sanguin, c'est-à-dire, son issue à travers les vaisseaux et par conséquent la turgescence, la fluxion, la poussée congestive, bref tous les phénomènes dont les cliniciens et les anatomo-patholo-gistes, Vidal, Renant, Nicolle, ont constaté la présence dans le 'ermographisme. Bouchard a même pu s'opposer à l'œdème in-mmatoire et à la diapédèse des globules blancs et rouges, c'est-dire à la production de l'inflammation.

Inspirés par Bouchard, Charrin et Gamaleïa, puis Charrin et y, sont venus ensuite démontrer que, si un produit bactérien alyse le centre vasomoteur, la dilatation vasculaire, comme la édèse locale, la poussée congestive et fluxionnaire, l'issue du ma, l'œdème inflammatoire, etc... deviennent impossible.

Or, c'est là précisément ce que produit l'anectasine. Par son générale et en tant que substance paralysante du centre ilatateur, elle empêche la diapédèse locale. Elle modère à at l'excitabilité du centre vasodilatateur et par suite, la dila-

tation vasculaire active, qu'elle peut arrêter les hémorrhag
produire l'hémostase ischémique : de là, pensons-nous, un
jour jeté sur la genèse de l'asphyxie locale des extrémités,
sclérodactylie et autres états similaires.

Bouchard a même pu employer avec succès l'anectasin
les cas où l'inflammation locale n'était pas une suffisante sauv
contre l'infection générale (ce serait presque à essayer co
chancre syphilitiqne).

Une autre substance, antagoniste de la précédente,
de la tuberculine de Koch, produit des effets opposés : c'est
sine qui, excitant le centre vaso-dilatateur, facilite les ré
vasomotrices et provoque la dilatation vasculaire, la cong
réflexe plus énergique avec exsudation séreuse plus abonda
si on la laisse poursuivre son action, la diapédèse plus inten
cela dans toutes les régions du corps, mais surtout dans les
où ces effets sont sollicités par une irritation locale. Dans c
organes, reins, poumons, rétine, son action dilatatrice peut
devenir manifeste sans provocation : résultat fort important e
propre, à notre avis, à élucider la production de tant d'hémorr
spontanées et peut-être de l'hémophylie, cet état pathologique
si bien su jusqu'à ce jour et en dépit de toutes les observa
tenir cachées ses origines.

Ajoutons que Arloing a obtenus des résultats comparab
confirmatifs des expériences de Bouchard avec des produits séc
par le staphylocoque.

De ces expériences il est permis d'induire que les to
élaborées dans l'organisme et surtout dans l'appareil digestif
duisent, après absorption, l'abolition de l'excitabilité du centre v
dilatateur et par suite l'état spécial des vasomoteurs des vasomot
cutanés qui permet le dermographisme.

Car, cet état spécial existe non pas en un siège déterm
mais virtuellement et sur toute sa surface cutané,
dermographisme n'étant que la manifestation, provoquée sur
point, choisi par hasard ou par caprice, et la preuve de l'
pathologique où se trouvent, en permanence et partout, les ag
de la circulation cutanée.

Il y a peut être là une indication à faire usage contre
dermographisme des produits bactériens, capables d'amener la pa
des autres vaso-dilatateurs.

Ces résultats s'accordent également avec ce que nous démontrent les faits, à savoir que le dermographisme n'est que l'état paroxystique de la névrose vasomotrice et que celle-ci n'est bien que l'exagération du phénomène extrêmement fréquent que nous avons désigné sous le nom de petit état dermographique.

Par ce fait que celui-ci peut ne durer que quelques instants, il y a lieu de faire rentrer dans la classe des dermographiques les sujets atteints d'érythème émotif avec ou sans hyperhydrose axillaire.

Cet érythème est fort intéressant à étudier; comme le dermographisme il est complètement indépendant de la volonté; mais alors que l'un est provoqué, l'autre est spontané; il s'agit ici d'un réflexe car c'est un phénomène subit, fugace comme la rougeur du visage chez les adolescents timides, impressionnables, très-nerveux, alors même qu'ils ne sont ni neurasthéniques, ni anémiques, deux conditions qui ne font cependant que favoriser le phénomène.

L'érythème émotif est remarquablement passager il est difficile d'en produire la répétition d'un instant à l'autre comme je l'ai constaté en voulant en faire plusieurs photographies successives. Il diffère en cela du dermographisme quand ce dernier est très prononcé et pourtant il faut noter que le dermographisme ne se répète pas indéfiniment sur les mêmes sièges. Si l'érythème émotif peut s'étendre jusque dans le dos et sur les bras, il a pourtant pour siège d'élection la région antérieure de la poitrine, sous claviculaire et pré-sternale et les seins qui apparaissent souvent marbrés de plaques roses d'abord séparées puis confondues en vastes étendues rouges, irrégulières et diffuses qui dépassent les mamelles de toutes parts, sans avoir la moindre localisation systématisée ni nerveuse. Eh bien, même dans ces régions d'élection, une fois l'action nerveuse épuisée, il ne se produit plus rien pendant un temps plus ou moins long, phénomène à rapprocher de ce qui se passe à un degré moindre pour le dermographisme.

Notons en passant que cet érythème est très indépendant de la pudeur et ne semble nullement mériter l'épithète de pudique (erythema pudicum) que certains lui donnent. Je l'observe plus souvent qu'on ne pourrait croire à St. Lazare, sur des prostituées, habituées à se déshabiller même en public, et en tout cas exemptes depuis longtemps de tout scrupule de ce genre et de tout sentiment de réserve plastique.

Eh bien, chez les sujets atteints d'érythème émotif involontaire et fugace, le dermographisme soit petit, soit grand, est la règle.

toilette, que l'eau couvre le visage de rougeurs disposées en stries ou en plaques plus ou moins saillantes.

Chambard a vu la douche en lame produire une bande érythémateuse laquelle ne tarde pas à se couvrir de saillies papuloïdes. La douche en pluie a produit les effets suivants (qui n'ont d'ailleurs jamais été réalisés sur mes malades) : chaque goutelette d'eau produit sa macule érythémateuse, puis sa papule, d'abord congestive, ensuite ortiée, de sorte qu'en localisant avec soin l'action du jet d'eau divisé, on pourrait imprimer sur le corps du malade, des éruptions artificielles dont l'origine embarasserait peut-être plus d'un médecin non prévenu. On a pu provoquer ainsi une éruption ortiée ayait l'aspect de l'urticaire spontanée et c'est peut-être là une explication de la fréquence de l'association de l'urticaire et du dermographisme.

Il était naturel de penser à l'emploi de l'électricité.

L'électricité statique a été employée par Chambard quia dirigé sur son malade des étincelles de longueur variable, dont quelques-unes atteignaient 15 à 20 centimètres, provoquant chez l'observateur l'apparition de papules ecchymotiques. Or, chez le malade le résultat fut absolument nul.

Ferré et Lamy ont constaté l'apparition d'une belle roséole au niveau du tampon, rien d'appréciable ne s'est produit. Avec 24 éléments Gaiffe, de petites papules rouges se montrèrent simulant à s'y méprendre un groupe d'éléments de zona. Chambard a obtenu des résultats moins nets avec la galvanisation qu'avec la faradisation. Comme le fait remarquer Ferré, il faut peut être en pareille matière, faire le part de l'excitabilité spéciale du malade. En tout cas, la différence observée entre les deux modes de réaction, montre bien qu'il ne s'agit pas d'excitation mécanique pure et simple par les fils du pinceau. Il a appliqué pendant 1 minute un courant provenant d'une pile Léclanché au moyen de 2 plaques métalliques recouvertes d'une peau mouillée : résultat à peu près nul avec un courant de 6 milliampères. Avec un courant de 18 milliampères maintenu pendant 3 minutes, on vit apparaître aux deux pôles positif et négatif des plaques érythémateuses légèrement chagrinées, sans papulation véritable (Cornu).

Un sinapisme appliqué sur le malade pourtant si sensible du service de Fournier n'a produit qu'une rougeur bien marquée comme chez tout autre sujet et sans aucune sensation spéciale.

Les ventouses sèches appliquées en grand nombre et plusieurs jours de suite, n'ont donné lieu a aucun phénomène à signaler. Les ventouses scarifiées ont montré qu'il n'y avait ni plus ni moins

de sang que dans les endroits voisins; du reste la piqûre d'une plaque dermographique fait sortir un peu de sang noir comme des points voisins non dermographiés. Les petites coupures ont guéri de la même manière que sur la peau normale.

La teinture d'iode ne modifie en rien le dermographisme ni avant ni après la production du phénomène.

Les piqûres d'épingles légères, s'entourent d'une petite macule rouge, qui devient au bout de quelques minutes une papule légèrement saillante de la dimension d'une lentille (Ferré). Ce résultat était à prévoir puisqu'on se rapproche ainsi du stylet mousse, de la pointe émoussée, crayon, porte-plume, clef, coupe-papier, avec lesquels il est possible de varier à l'infini les dessins et les inscriptions que le caprice des observateurs peut imprimer sur la peau des malades. C'est tout au moins un grand avantage sur les tatonages en ce sens que le dermographisme eût-il duré, 6, 12, 18 heures et plus, ne laisse jamais aucune trace et ne donne lieu à aucune espèce de douleur.

Blachez appliquait sur le bras de sa malade une pièce de monnaie qui ne tardait pas à apparaître avec tous ses dessins. Chez mon malade, les moindres impressions se montraient, grossies, hypertrophiées, et l'on pouvait à volonté simuler toutes les éruptions papuleuses, circinées, en groupes, ou disséminées.

Mesnet a fait sur son malade des inscriptions cabalistiques; d'autres observateurs ont imprimé des simples dates, des noms, des dessins, tous phénomènes que, suivant les dimensions qu'on leur donnait on pouvait apercevoir pendant plusieures heures chez les grands dermographiques jusqu'à 20 mètres de distance.

L'hémianesthésie hystérique ne modifie pas les saillies dermographiques qui se produisent sur le côté anesthésié de la même façon que sur l'autre; j'ai pu le constater après Mesnet et Bourneville. On n'a pas observé ce qui survient dans le cas de contracture hystérique, pas plus que ce qui se passerait dans le cas d'hémiplégie vraie non dynamique.

Mesnet fit manger à ses malades des fraises, des framboises, des moules, huîtres, écrevisses et crevettes, tous aliments ayant plus particulièrement la propriété de provoquer des poussées d'urticaire chez des gens prédisposés. Il n'y eut pas de démangeaisons. L'effet se produisit sous forme de congestion érythémateuse, diffuse vers la tête et la poitrine, sans élevure papuleuse propre à l'urticaire, mais pendant 24 heures, les inscriptions que nous fûmes sur la

ıu, se montrèrent avec des reliefs beaucoup plus saillants et une :sistance plus grande.

Michelson raconte que l'usage de l'alcool renforce temporaire-:nt le phénomène. Raymond est d'accord en cela avec lui.

Le sulfate et le bromhydrate de quinine, l'ergotine, déjà ɔérimentés par Michelson en 1882 ne m'ont donné, même en :ctions sous-cutanées, pas plus d'ailleurs que la pilocarpine ou : la morphine qui paraît plutôt exaspérer le phénomène, de ultat digne de remarque. Il en est de même du salycilate de ıde et de l'antipyrine, à tort recommandée, pensons-nous, en :eil cas.

Un grand nombre de sujets dermographiques sont sensibles 'hypnotisation, ainsi que Mesnet l'a montré un des premiers, en érissant soit des paralysies motrices, soit des paralysies de la ısibilité chez des sujets qui étaient en même temps dermogra-iques; mais, le phénomène dermographique lui-même, n'a pas été luencé par l'hypnotisme, ni au moment de l'hypnotisation, ni rès. C'est aussi l'avis plus récent de Delbœuf qui a pu constater ıe le dermographisme se produisait identiquement avant, pendant, après le sommeil provoqué et qu'il échappait complètement à la ›lonté. L'influence psychique est nulle. Plusieurs de mes malades aient très faciles à endormir et je n'ai, en effet, vu par ce fait, ıcune modification.

Sans prendre aucunement parti dans une discussion où je ıpporterais que des éléments négatifs, je rappellerai ici des faits s que le suivant qui a été signalé à mon attention par le pro-ıseur Ch. Richet : Une jeune mère est occupée à ranger dans une noire, des porcelaines dont elle a les mains pleines; son petit fant joue par terre, à l'autre extrémité de la chambre, près du 'er sans feu. A force de toucher au mécanisme, l'enfant finit r décrocher la crémaillère et le rideau de la cheminée menace tomber sur le cou de l'enfant qui se trouve à genoux dans la sition du guillotiné le rideau de la cheminée jouant le rôle de uperet. C'est à ce moment, précédent immédiatement la chute rideau, que la mère se retourne. Subitement elle entrevoit le tit danger que court son enfant; sous l'influence du saisissement, n sang, selon l'expression consacrée, ne fait qu'un tour. Comme tte femme est très impressionnable et nerveuse, il se forma, parait-il, ı cercle érythémateux et saillant autour du cou, dans le point ême où l'enfant allait être frappé. Cette empreinte, dermogra-

phique au premier chef, persista, assez intense et assez durable, pour qu'un médecin, venu quelques heures après, put encore la constater.

Ce serait là un bel exemple de dermographisme par suggestion; nous le consignons ici pour attirer sur les cas de cette nature l'attention des observateurs, car, malgré nos recherches, nous n'avons pu, pour notre part, rien constater d'approchant.

Ce sont des faits à rapprocher de ceux qui ont été signalés par Bourru et Birrot (congrès de Grenoble 1885), Vivet à Rochefort, Ferré et Rinet, Dumontpallier et Janet, Brown-Séquard (Soc. de biol.), Babinski, Focachon.

Le Prof. Bernheim m'écrit à ce sujet qu'il a assisté à une expérience de vésicatoire suggéré faite avec succès par Focachon. Il ajoute que personnellement il a déterminé par suggestion des rougeurs persistantes mais pas de vésication bien nettes ni de stigmates (1891). Il termine en disant que ces expériences ne réussissent que sur un petit nombre de sujets.

Babinski m'a dit avoir vu se développer par suggestion des taches rouges, des boursouflures et des phlyctènes dont il était possible de faire couler l'eau en les piquant. Rien n'avait été appliqué préalablement sur la peau : ni papier, ni timbre poste, ni pommade, etc...

Les stigmates de St. François seraient donc possibles, au même titre que la canitie rapide et autres phénomènes dont une observation compétente, suffisamment attentive et suivie, n'avait pas encore permis de considérer la réalité comme définitivement et incontestablement acquise à la science.

Des troubles dans les vasomoteurs s'observent également par suggestion; on obtient des rougeurs localisées; on produit des vésicatoires avec un simple papier mouillé (Luys, Bull. méd. 27 juin, 1888, action sur la vie végétative) la congestion peut être telle (Luys, Acad. de méd. 7 août 1888) que si, chez ces sujets, les vaisseaux étaient friables, on aurait certainement des hémorrhagies. Ces faits sont à rapprocher aussi des cas d'hémoptysie ou d'hématémèse marquant invariablement le début de chaque crise, ainsi que j'en ai observé un cas, à la Santé, dans le service de Variot, chez un hystérique auto-hypnotique.

Enfin, nous rappellerons les expériences de E. Jendrassik (Neurol. Centralbl. 1888, Nos. 10—11, Progrès méd. 14 juil. 1888). Par suggestion exclusive, cet observateur produit non-seulement de la rougeur, des vésicules et des phlyctènes, mais si on dit à la malade que l'objet marqueur est un fer rouge, il y a au bout de

quelques minutes une raie rouge, puis une phlyctène et enfin une escharre qui met 3 semaines à guérir. Si l'objet marqueur est en métal, le malade étant endormir au moment de l'application, mais réveillé immédiatement après, il peut y avoir transfert, c'est-à-dire action comme par un aimant sur le côté opposé.

Ce transfert donne une image symétriquement renversée quand le malade n'a pas vu la lettre. Si on l'a montrée au sujet et qu'on lui suggère l'idée de brûlure (sans contact avec la peau), le transfert donne une image non renversée. Dans le 1^er^ cas, c'est le transfert de l'impression cutanée qui se fait, dans le 2^e^ c'est le transfert de l'idée concrète de la lettre qui se produit. On peut se demander avec Dujardin-Beaumetz si le regard aurait sur les nerfs vasomoteurs des centres nerveux le même effet que le contact exerce sur les nerfs vasomoteurs de la peau.

Là où existe l'hystérie, par une disposition soit native de l'individu, soit occasionnellement acquise, les nerfs sont toujours plus facilement excitables qu'ailleurs, l'hystérie constituant comme un appareil grossissant. L'urticaire factice ne représentant que le plus haut degré de l'irritabilité des nerfs vasomoteurs, laquelle existe aussi, à l'état normal, mais à un degré très atténué, comme l'a dit G. Leroing en 1888 :

»La mise en jeu des nerfs sensitifs et à plus forte raison leur excitabilité jusqu'à la douleur, n'étant nullement indispensable comme l'a déjà fait remarquer Michelson, pour produire le dermographisme.«

Nous en revenons donc encore à cette conclusion que c'est l'hystérie qui produit le dermographisme ou mieux, comme il y a des dermographiques qui ne sont pas autrement hystériques, que l'hystérie relève sinon d'une même cause, du moins d'une cause de même ordre. Or, nous avons démontré que, dans l'état actuel des connaissances, il était permis d'admettre que le dermographisme avait pour cause des produits bactériens agissant comme toxiques sur les centres vasomoteurs du bulbe; ceux-ci pouvant être dès lors impressionnés par une action réflexe dont le point de départ serait soit psychique soit cutané.

La guérison subite, comme la provocation soudaine d'un symptôme hystérique pouvant avoir lieu après une profonde émotion morale ou physique, l'apparition subite du dermographisme étant possible à la suite d'un trauma comme le montrent mon cas (malade du service de Fournier) et peut-être aussi celui de Michelson, il est permis d'admettre qu'après une durée plus ou moins prolongée le

dermographisme peut disparaître subitement. Il semble pourtant que la disparition graduelle et par étappes successives, soit plus fréquente.

---

## Dermographie et sorcellerie. — Stigmates. — Marques de sorcier.

Plusieurs de nos maîtres : Beaumetz, et surtout Mesnet, ont insisté sur l'importance de l'état dermographique à l'époque de la sorcellerie de 15ième et 16ième siècles. Soit qu'il n'ait pas été remarqué, soit qu'il fût réellement moins fréquent alors que de nos jours il ne se trouve indiqué dans aucun des procès que Mesnet a eu sous les yeux. Il juge que l'autographisme a dû passer inaperçu à cette époque, où nulle explication humaine n'eût pu en donner une raison suffisante. Fait cent fois heureux, s'écrie-t-il avec raison, si l'on veut bien se représenter à quels déplorables entraînements se seraient laissé aller les juges (même de la meilleure foi du monde, et avec la conviction de sauver la société contemporaine) en voyant surgir, en caractères irrécusables, sur les épaules d'un accusé, un mot suspect — le nom de Satan, par exemple — marquant de son sceau sa malheureuse victime.

Quand le démon était soi disant intervenu dans tous les actes de la vie de ce monde, l'accusé de sorcellerie était soumis, dans toutes les parties de son corps, à un examen minutieux (voyez par exemple, Ladame dernier procès jugé à Genève) soit sur les parties découvertes, soit sur les parties basses, reins, cuisses etc... Cet examen se faisait sous la pression de l'idée préconçue que le Diable indiquait le plus souvent sa Possession par quelque signe particulier. Les stigmates (stigmata) étaient tenus pour le sceau même du démon qui, de la sorte, marquait sa victime et signait sa possession. Une cicatrice était signe de possession ancienne, une rougeur, avec gonflement et saillie, indiquait la possession récente. Que d'erreurs d'interprétation commises par les examinateurs! (juges, exorcistes, médecins et chirurgiens) dont les connaissances dermatologiques, on peut l'admettre sans difficulté, laissaient profondément à désirer.

Puisqu'il s'agissait de dermatologie, nous avons, dans un grand nombre de lectures, fait le rélevé des principaux stigmates signalés dans les procès, les marques constituant les preuves les plus assurées de la possession, et ne pouvant laisser place au soupçon de fausseté (Le Daneus, Godel, Bodin, del Rio). Dans Jacques Fontaine, pro-

eur à l'université d'Aix (des marques des mains etc. Lyon, chez
jot 1611), on recherche les stigmates dans les parties secrètes
es plus cachées, on signale les marques intérieures et extérieures;
ıut regarder dessous la langue, dessous les paupières, dedans le
, dedans les lèvres, autour des parties honteuses, dedans les poils
la tête, entre le doigt et l'ongle. Les sorciers racontent que
an les marque avec le doigt (page 20).

Les principales marques qui sont signalées comme ayant en-
né la conviction de ces pourvoyeurs de bûchers sont les sui-
tes : des cicatrices, une excroissance de peau, surtout si elle
t colorée, des touffes de poils, des nævus pileux, vasculaires, et
tout pigmentaires, des lentigos, des kéloïdes, des dépressions ou
saillies anormales du derme, des taches insolites, des colorations
rmales, tout cela était suspect, tout cela jouait un rôle et, souvent,
rôle capital. Mais, le signe de la possession par excellence
t la plaque anesthésique qui caractérise aujourd'hui l'hystérie,
c ce fait aggravant que la piqûre ne donnait pas lieu à l'éffusion
sang, que l'aiguille, retiré des tissus n'était pas teinte de sang,
lorsqu'un second examen de contrôle avait lieu huit jours après,
l'absence d'écoulement purulent dans le point piqué; l'aseptic
it donc pour l'accusé une chose déplorable.

Tels étaient les signes qui emportaient la conviction de ces
es, aveuglés par la calomnie et le parti pris, et assourdis par
norance.

Dans le récit d'un exorcisme (Legué, Urbain Grandier, p. 228)
maître exorciste »conjure le de monter aux parties supérieures
de se montrer par quelque couleur au visage. Quand les pauvres
atures ne se mettent pas aussitôt en fougue, il leur hoche par-
ı la teste bien rudement, et, les mettant sur son giron, leur
sse le saint Ciboire sur le front jusqu'à ce que l'émotion ordi-
re les prenne«. Il est certain que, si le dermographisme n'ait
isté en pareil cas, c'eût été un excellent moyen de le faire
paraître.

Du moins, d'après les recherches que nous avons faites, le
mographisme ne semble pas avoir eu un usage tragique. Dans
cas rares où il a été remarqué, il n'a servi qu'à confirmer dans
ée d'une manifestation divine; ce n'était plus du sorcier, mais
l'ensorcelé qu'il s'agissait. Certes, il a contribué à l'exploitation
la crédulité publique, mais il ne semble pas avoir causé la mort
n accusé.

Je l'ai trouvé signalé très nettement comme existant sur la supérieure des Ursilines possédées de Loudun. (Legué, Urbain Grandier, Charpentier. 2[e] édition. Paris, 1884, p. 314.) Ici, le dermographisme semble avoir été intermittent, mais avoir duré six années.

Nous lisons : Lord Montaigu signe un procès verbal où l'on racontait que »le démon Balaam étant commandé d'abandonner le corps de Jeanne des Anges, et d'écrire en sortant le nom de Joseph sur lé revers de la main gauche, exécuta ce commandement, et grava en caractères sanglants le nom de Joseph : il faut dire que, pour d'autres spectateurs, le fait ne parut qu'une véritable duperie«.

Page 320. — Vers le même temps. Jeanne des Anges entreprit un pélerinage au tombeau de St. François de Sales, dont le nom était écrit sur sa main, au dessous de ceux de Jésus, Joseph et Marie.

Page 324. — Pendant la semaine sainte les noms gravés sur sa main devenaient d'un rouge plus intense, et le peuple se pressait en foule pour les admirer. (Manuscrit de la bibliothèque de Tours, année 1638.)

Au nombre des curieux se trouve le voyageur Moncouys:

»J'allai voir, dit-il, la supérieure des Urselines de Loudun, et j'eus la patience de l'attendre dans le parloir plus d'une grosse demi-heure; ce retardement me fit soupçonner quelqu'artifice, c'est pourquoi je la priai de me montrer les caractères que le démon qui la possédait lui avait marqués sur la main, lorsqu'on l'exorcisait; ce qu'elle fit en tirant le gant qu'elle avait à la main gauche; J'y vis, en lettres couleur de sang : Jésus, Marie, Joseph . F de Sales.

A la fin de ma visite, avant de prendre congé d'elle, je souhaitai de revoir sa main, qu'elle me donna fort civilement au travers de la grille. Alors la considérant bien, je lui fis remarquer que le rouge des lettres n'était plus si vermeil que quand elle était venue et, comme il me semblait que ces lettres s'écaillaient, et que toute la peau de la main s'élevait comme si c'eût été une pellicule d'eau d'empois desséché, avec le bout de l'ongle, j'emportai par un léger mouvement, le jambage de l'M, ce dont elle fut fort surprise.«

Page 338. Les témoignages de l'abbé d'Aubignac, de Voiture, de Mesnage, s'accordent avec ceux de Moncouys, pour ne voir dans ces prétendus stigmates qu'une oeuvre picturale chaque jour rafraichie.

»La simulation est si évidente en cette affaire qu'il me semble inutile d'invoquer, pour expliquer l'apparition de ces noms, certains troubles trophiques assez fréquents chez les hystériques.« (Voyez Gilles de la Tourette et Legué, soeur Jeanne des Anges. — Gilles de la Tourette et Dutil — troubles trophiques dans l'hystérie. N. icon. Salpêtr n° 6, 1889. — Athanassia troubles trophiques dans l'hystérie. Th. de Paris 1890).

Legué pourtant fait, et à notre avis, quelques réserves, le Dermographisme nous paraissant ici réalisé, et suffisant amplement pour expliquer le phénomène qu'un peu de couleur renforçait peut être.

Page 340. — Quand le signe faisait défaut (Intermittence du dermographisme) l'explication était facile pour les exorcistes : »le pacte du magicien était à condition que ces marques là ne paraîtraient point en cette possession.«

Supercherie admise, ne fût-elle qu'un symptôme pathologique en plus, il ne peut être douteux que la supérieure des Ursulines ne fût une hystérique renforcée (hystéria major). Cette possédée était une malade, mais une malade dangereuse, à cause du milieu, et de l'époque dans lesquels elles vivait.

Dans un autre travail, le dermographisme nous paraît encore moins contestable : la main du diable, la croix sacrée sont nettement dessinées.

Je parle d'un vieux livre fort remarquable écrit en latin, qui m'a été signalé par le professeur Fournier, et prèté par le professeur Ch. Richet. — Il est intitulé ainsi qu'il suit:

Opera Gisberti Voetii, (Gilbert de Voss)
theologiae in Acad. Ultrajectina professoris.

Exergue. — Miseremini mei, miseremini mei, saltem vos amici mei, quia manus Domini me tetigerit, etc. . . . .

---

Selectarum disputationum theologicarum pars secunda p. 1147.

---

Succincta et candida rei totius narratio.

Caput primum. — Locus praecipuarum apparitionum; quis spiritus, et cui maximò apparuerit.

---

Récit d'un fait merveilleux observé près de Posonium (Pressbourg), à l'occasion d'un certain esprit venu du purgatoire apparu du 24 juillet 1641 au mois de juin 1642, à une jeune fille, lui parlant, lui demandant du secours, et enfin délivré.

A l'appui de ce récit, existent des témoignages assermentés, des actes publics et diverses observations consignées dans les archives sacrées du chapître de Presbourg (capituli Posoniensis)

publié

sous l'autorité et avec l'ordre de Georges Lippaï, archevêque Strigoniensis.

D'après l'exemplaire imprimé à Posonii, en 1643.

Trajecti ad Rhenum (Utrecht)

ex officina Johannis — c'est-à-dire Jean de Waesberge, éditeur.



Premier fait — 1^er et 2^e chapître, p. 1150 :

> Nam ex naribus et ore, tam copiosus cruor profluxit ut non modo facies et manus etc. . .
> Vulnus tamen nullum in virginis corpore app

Deuxième fait — 3^e chapître, p. 1151 :

> . . . . Visa lumina et nonnulla alia que eodem pertinent . . . .

Troisième fait — 4^e chapître, p. 1152 :

> Judicia data et relicta signa, tum doloris quo spiritus cruciabatur, tum quibus spiritum bonum se esse probant . . . .

---

> Hactenus, fere blando vultu et ore spiritus comparuit et locutus est . . . .

> † Signum 2^cum ab eodem spiritu literis inustum -
> una cum 4^o signa, cruce videlicet Urseola imp

---

Spiritus probatus, aut improbatus . . . . spiritum rogat sit, minima se digito attingeret. Attigit in dextro bracchio profecto sensit. Nam pustula ex eo attactu statim ebulli sensu ac si pars illa arderet; mansit que macula, ad rei que viderunt domestici. Porro ne cacodaemonius puteretu paucis inde diebus, spiritum urget, ut si bonus sit, sig

oit que les auteurs fussent restés définitivement inconnus, soit que
eur vie ou leur situation n'importassent à personne.

---

Je terminerai en rappelant que les ecchymoses spontanées en
ehors de toute raison mécanique sont admises comme incontestables
t comme assez fréquentes. Le plus souvent on les trouve notées
ans les observations qui ont trait aux sueurs de sang, aux
émorrhagies cutanées, aux stigmates sanglants de l'hystérie, dont
lles constituent souvent la période prémonitoire.

L'auto-suggestion du rève nocturne ou de l'attaque peut pro-
uire des stigmates physiques, en particulier de ces ecchymoses
pontanées que l'on a rencontrées dans les épidémies de possession
ù les hystériques qui croyaient avoir été agitées et battues par le
iable, montraient ces ecchymoses comme des traces indéniables
es coups qu'elles disaient avoir reçus.

Ferrand, Hôtel Dieu, Saint Etienne (Bull. méd., 2 avril 1890),
ignale un cas d'hémorrhagie par la peau chez une stigmatisée:
à part les régions pileuses comme le cuir chevelu et le pubis, il
est peu de points du corps qui n'aient laissé à un moment donné
ranssuder quelques gouttes de sang«. Il y a eu aussi hématémèse,
pistaxis, métrorrhagie et il ne s'agissait ni d'hémophylie, ni de
urpura. Les plus fréquents hémorrhagies avaient lieu par les con-
nctives, les mamelons, la paume et le dos des mains, les conduits
ditifs externes, les pommettes et le nez. Il y a d'abord quelques
uleurs locales sourdes, puis, de petites vésicules apparaissent qui
rompent; le sang transsude et s'écoule lentement d'une manière
inue.

---

## Diagnostic.

Le diagnostic est en général très facile; il suffit de passer
gle ou un crayon ou un stylet mousse ou le manche d'un porte-
ne, en divers points du corps, ceux notamment que nous avons
alés comme des points d'élection (thorax, abdomen) et d'y
ver rapidement divers caractères, pour voir au bout de quelques
stants les effets que l'on sait.

Ce n'est donc pas là que git l'intérêt mais bien dans la
question de savoir quelle relation existe entre le dermographisme
pur, simple trouble vasomoteur indéfiniment persistant sans prurit,
sans chaleur, sans fourmillement, sans anesthésie ni hyperesthésie,
et l'urticaire vraie prurigineuse, spontanément éruptive en tant

du moins qu'une urticaire soit vraiment spontanée (voir les travaux de Schwimmer, 1880, — de Michelson, 1882, — de Auspitz, — de G. Leroing, 1887, — de Leloir, 1887, — de Jacquet, 1888 —1890, etc.) produisant soit sur la peau, soit sur les muqueuses, des élevures rosées à centre blanc ou des plaques œdemateuses congestives ou fluxionnaires, disséminées çà et là, survenant par poussées chez des sujets sur lesquels le nervosisme est presque nul mais l'arthritisme très prononcé, surtout après des écarts de régime ou après diverses intoxications etc....

En effet, l'association de ces deux phénomènes a été trop fréquemment signalée et par des observateurs trop autorisés pour qu'il n'en faille pas tenir compte au moment d'établir un diagnostic de causalité.

Le diagnostic différentiel sera basé sur les points suivants: tous les urticariens vrais ne sont pas dermographiques, tous les dermographiques sont loin d'être urticariens.

Disposition latente des téguments dans la totalité de leur surface à produire le dermographisme, le point où celui-ci se produit étant manifestement accidentel.

Limitation exacte du phénomène au point tégumentaire excité.

Absence de prurit; quelques sensations de chaleur, de cuisson ou quelques fourmillements passagers étant exceptionnels même après l'ingestion d'aliments propres à favoriser les démangeaisons: moules, fraises, écrevisses, café noir (Mesnet). Tous ces caractères sont bien différents de l'urticaire si pénible et si involontairement subie par les sujets.

Nous pensons donc qu'il faut admettre la réalité de l'indépendance de ces deux états de la peau; pourtant il y a lieu de tenir compte de ce fait important que, dans un notable nombre de cas, le pouvoir spécial de turgescence qu'acquiert une peau susceptible de se couvrir d'une éruption urticarienne peut aussi et, indépendamment de l'éruption, s'exercer sur les points simplement et directement et volontairement excités: de là, le **dermographisme** qui accompagne non pas la totalité, mais un certain nombre des urticaires. C'est là, si nous ne nous trompons, l'opinion qui a été récemment défendue avec talent par Jacquet dont nous partageons la manière de voir, du moins à ce point de vue spécial.

Depuis longtemps déjà les auteurs ont signalé comme un caractère constant et pouvant aider au diagnostic de l'urticaire **pigmentaire** (Lewinsky: Virchow's Arch. für path. Anat. etc. vol. 88, cahier 3, b. — G. et F. Hoggau: Monatshefte für pract.

Derm., vol. I, n° 8) le pouvoir de turgescence qu'ont les taches disséminées soit érythémateuses, soit maculeuses. Si, à leur surface on vient exciter la peau en la fouettant avec l'extrémité des ongles, on voit presqu'aussitôt ces points qui étaient aplatis, devenir saillants: bref, c'est du dermographisme qui ne diffère du dermographisme typique que parce qu'au lieu d'être continu, il est interrompu par les espaces de peau saine.

Le médecin devra faire le diagnostic de l'état général dominant chez le dermographique.

Nous avons eu à observer une variété de dermographisme que nous croyons tout différent du précédent. Il importe de signaler son existence à l'attention des dermatologistes car nous n'avons trouvé cette forme encore signalée nulle part.

C'était chez une jeune femme très nerveuse, arthritique, ayant eu de l'asthme nerveux pour lequel on l'avait gorgée d'iodure de potassium; jamais d'urticaire ni de dermographisme au préalable.

Sur les entrefaites, survint une éruption érythrodermique généralisée du derme. D'abord simplement érythémateuse, cette affection devint ensuite très légèrement squammeuse; puis, la peau devint sèche, dure, sans souplesse, et le siège de démangeaisons d'une intensité et d'une continuité déséspérantes; bien que, de temps en temps, surtout quand la malade commençait à se gratter, un accès de prurit, parti du point primitivement gratté et étendue ensuite à tout le corps, vint encore augmenter les souffrances de la malade qui avait perdu tout repos et tout appétit.

Sur le dos des mains exclusivement, la dermatose était plus accentué. Il y avait une tuméfaction prononcée, de la rougeur, de la douleur, tout à fait au début du mal et de très nombreuses et très petites vésicules abondamment suintantes.

Le diagnostic d'eczéma avait été porté; ce ne fut point notre avis, nous pensâmes plutôt à une neurotoxidermie d'origine médicamenteuse: opinion qui fut d'ailleurs confirmée par notre excellent maître le Dr. Besnier que nous avions appelé en consultation. Au bout de 6 semaines ou de 2 mois, il ne resta plus guère que du prurigo et de loin en loin une petite saillie folliculaire qui, érodée par le grattage, dévenait soit une pustulette promptement séchée, soit une toute petite croutelle brunâtre; on s'en rendra facilement compte en jetant les yeux sur ces belles et exactes représentations: photographie coloriée de Méheux, et étude à l'huile de H. Cain. C'est alors seulement et pour la 1ère fois que les grattages amenèrent des stries persistantes et que se montra un

dermographisme que j'avais vainement recherché jusque-là. (V. H. Cain et Méhaux.)

On peut juger de l'état de la malade par la photographie coloriée ci-jointe que j'ai fait faire à cette époque. Le prurit était si prononcé que la malade avait usé à se gratter, ses ongles jusqu'à la racine. Le cautchouc et l'enveloppement ouaté méthodiquement fait, ne firent qu'augmenter les souffrances, il en fut de même de l'antipyrine administrée d'après les observations de Nitot et de Blaschko. Plusieurs fois, des accès de déséspoir s'étaient emparés d'elle et, une fois entr' autres, elle tenta de mettre fin à ses jours.

Je la soumis alors à l'hydrothérapie tiède, puis froide, qui la calma peu à peu, puis je l'envoyai aux eaux où, malheureusement quelques injections de morphine lui furent faites. Elle devint morphinomane pour plusieurs années.

Après une année et demie environ, la dermatose disparut complètement et le prurit ne reparut plus.

Quand la peau avait été grattée ou excitée, on pouvait voir se produire, même sur une grande étendue, une sorte d'urticaire exclusivement développée autour des follicules pilo-sébacés; c'était comme une peau érectile, une cutis anserina très étendue, sorte de chair de poule hypertrophique et turgescente, puis, apparaissaient des stries d'abord rosées, comme veloutées, couleur de fleur de pêcher, à reflets blanchâtres, stries très nettes, quoique sans aucune saillie. Bientôt devenant tout à fait blanches, donnant tout à fait l'aspect de raies tracées à la craie qui persistaient très nettement pendant au moins 25 minutes.

Or, j'ai dit que la peau était extrêmement peu squammeuse; il ne faut donc pas confondre ce dermographisme blanc, avec la simple trace blanche que forme l'ongle passé sur un épiderme dés-séché, craquelé, véritablement squammeux. Il s'agit évidemment d'un état de la peau tout à fait de même nature que le dermographisme que nous avons décrit précédemment, mais avec une apparence blanche, crayeuse, si différente de tout ce qui a été décrit qu'il y a lieu, pensons-nous, d'en faire une variété spéciale.

Cette variété se rapproche aussi, mais ici avec beaucoup plus d'intensité et de vivacité de ton de ce qu'on constate dans la scarlatine arrivée à la période de desquammation. Dans ce cas, la moindre excitation de l'ongle reste gravée et apparaît sous forme d'étroites raies rosées légèrement saupoudrées de farine blanche où il est facile de reconnaitre de fines pellicules sèches et blan-

châtres; il n'en était pas ainsi dans le cas de dermographisme crayeux que nous avons rapporté.

Le dermographisme de la scarlatine ne dure d'ailleurs que 2 ou 3 minutes au plus. Il paraît dès la période d'éruption rose et bien avant la période de desquamation; mais il se montre longtemps encore après que celle-ci a commencé. Comme Duguet le montre souvent dans son service à Lariboisière, il a une physionomie assez speciale pour servir à un diagnostic rétrospectif souvent utile.

Pour ce qui est des dermographismes de la fièvre typhoïde et autres états similaires, ainsi que celui de la méningite je n'ai pas eu occasion de les étudier d'assez près ni assez fréquemment pour être affirmatif, mais il me semble qu'ils n'ont rien d'assez spécial pour qu'un médecin qui ne verrait qu'eux, puisse, de par ce seul signe, porter le diagnostic dothieuenterie et de méningite. Il n'en est pas de même pour le dermographisme scarlatin.

Il est encore un point sur lequel le diagnostic du dermographisme peut donner lieu à quelques considérations intéressantes dans la pratique. Il est bon d'en être prévenu puisque plusieurs et non des moins expérimentés, s'y sont laissé prendre. Je veux parler de la simulation de diverses maladies éruptives au moyen d'un dermographisme saillant et très sensible comme il arrive parfois chez les hommes.

La première fois que nous avons eu un cas de cet ordre sous les yeux, c'était dans le service de Duguet, à Lariboisière, où le malade était venu échouer après avoir simulé dans divers hôpitaux tantôt une scarlatine, tantôt une variole au début (au moyen de l'embouchure d'un étroit porte-plume ou d'une clef de montre) tantôt enfin une autre dermatose avec l'orifice d'une clef creuse ou tout autre instrument approprié. Cette fois, l'incorrigible comédien n'a pas pu mener son entreprise à bonne fin pour lui mais la simulation était si habilement réalisée qu'il n'a pas fallu moins que la sagacité du maître clinicien pour dépister la véritable cause morbide et pour confondre le maître fourbe.

Le 2e sujet que j'ai observé avec un dermographisme assez sensible pour lui permettre de tenter toute simulation qu'il eût voulu est celui à propos duquel la photographie ci-jointe a été faite. C'est le malade du service de Fournier. Notre excellent Maître, avec sa liberalité habituelle, dont nous ne saurions trop le remercier, nous a donné toute facilité pour examiner et suivre de près toutes les singularités dermatologiques du sujet.

Ici, le dermographisme était incarnat, variant du rose pâle au rose vif, saillant, très longtemps durable, généralisé et si impressionnable que toutes les imitations de dermatoses étaient possibles ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans la série de photographies ci-jointes, due à MM. Paul Gers et Méheux, au talent desquels j'ai grand plaisir à rendre des hommages mérités.

On peut voir chez ce sujet non-seulement toutes les inscriptions, tous les signes, toutes les impressions possibles, mais ce qui est plus rare, le véritable sigillum diaboli, c'est-à-dire l'impression de la main, la marque des doigts, de la griffe satanique, paraissent en relief durable. Les traces sont restées gravées soit par une application violente, soit par une simple imposition des mains, et, dans ces derniers cas, la photographie, très intéressante, représente nettement l'éréthisme des muscles érecteurs des follicules pilo-sébacés sous forme de petites saillies isolées (chair de poule ou cutis anserina d'origine dermographique).

## Pronostic.

Le dermographisme n'a pas d'autre signification que celle que nous avons déjà dite à savoir : nervosisme ou arthritisme, avec ceci de particulier que lorsqu'il a duré 1, 2 ou 3 ans, plus ou moins, et qu'il vient à disparaître soit graduellement, soit subitement, le sujet reste aussi arthritique et presqu'aussi nerveux après qu'avant, de même qu'un graveleux qui vient de se débarasser par des décharges successives, du sable accumulé dans ses canaux, reste arthritique, après comme avant. Le dermographisme ne compromet en rien l'avenir d'une santé, il indique seulement qu'il y a lieu de surveiller le système nerveux, d'empêcher les écarts de régime et l'alimentation défectueuse, d'éviter les violentes secousses physiques ou morales, l'excès des veilles et des fatiques dépressives de la résistance générale, les accidents et les irritations locales, dans la mesure du possible, de façon à éviter les paralysies, les contractures et autres manifestations concomitantes du nervosisme dont le dermographisme est véritablement le sceau ou le cachet.

## Traitement.

Ce sont aussi ces considérations qui devront guider le médecin dans la direction du traitement. Celui-ci consistera principalement dans l'emploi des toxiques et notamment de la strychnine, mais aussi dans l'administration des médicaments propre à réaliser l'anti-

septic gastro-intestinale. Les préparations antifermentescibles, alcalines, naphtolées et autres, les laxatifs etc... Il faut réduire au minimum l'usage du chloral, du bromure, de l'antipyrine etc... mais ce que nous conseillons tout particulièrement avec le Prof. Kaposi, c'est le changement d'air et surtout l'hydrothérapie soit froide soit tiède et quand celle-ci n'est pas tolerée, les bains modérément chauds, d'abords très courts, puis graduellement prolongés, ce qui nous faisait dire, dès 1883 (trad. Duhring) par allusion au sort jadis réservé aux Stigmatisées :

»autrefois le feu, aujourd'hui l'eau!«

---

## Herr Ducrey (Neapel):

### Ueber einige seltene Formen der Ichthyosis.

(Manuscript nicht eingelangt.)

---

## Herr Jon. Hutchinson (London):

### Demonstrationen.

*a*) Infective angiomata and Lymphangiomata of the skin with special reference to treatment.

Mr. Hutchinson made a demonstration of a drawing illustrating.

He said: »The drawing which I show is that of one of the last cases which I have seen of this remarkable malady. The patient, a young lady of 18 had no naevus at the time of birth but in childhood a vascular patch formed on the border of her axilla which was called a naevus and which was excised by Sir William Mc Cormac. Of this operation the scar remained sound and was shown as such in the drawing. Not long after the operation however other little tufts of purple vessels and groups of lymph vessels began to form in the adjacent skin and spread by infection over all the upper half of the mamma. This was the condition shown in the drawing which was taken ten years after the excision of the so-called naevus. I do not intend to trespass upon the time of the meeting by any details as to the nature of the disease. It is one of which I have now seen at least twelve examples and of which I have published several plates. Although the first cases were observed by myself it was first described by the late Dr. Jiltmy Jose.

Some times it is associated with a congenital naevus but often it is not. Usually it begins in childhood but not quite always. I wish to draw especial attention to the fact that it is infective and that it spreads in part serpiginously but chiefly by the formation of satellites. Anatomically it is a lymphangioma but clinically I hold that it has alliance with lupus disease. Like lupus it is very liable to attacks of recurring erysipelas. I am aware that in calling it lupus lymphaticus I have not the support of my confreres but I am quite content to leave this question to the verdict of the future. At any rate of this I am sure that the treatment must be the same as that for lupus. Erosion, excision and cauterisation must be freely employed. These were the measures adopted in the case now illustrated. There was for some time a great tendency to return and it was needful to use the cautery several times but finally a good cure was obtained.«

*b*) Summer Eruptions.

Mr. Hutchinson made a communication upon Summer Eruptions. He said: »I often think that it might be convenient if we were to try to classify diseases in relation with their causes rather than according to external appearances which they produce. I therefore propose to place in one group all the forms of dermatitis which result from exposure to the influence of summer. I do not mean solely from exposure to sun for the affections which I wish to describe are not the product of hot climates but occur in temperate ones in connexion with the change of season. They get well or almost well in winter and return again in spring as soon as the days become warm. The drawings which I bring forward illustrate very different degrees of severity in these maladies. My first is the portrait of a lad (already published) who was under my observation for many years on account of a very troublesome form of pruriginous papular eruption which affected chiefly his face and hands but which extended more or less over the whole body. He was often quite disabled in summer but always well in winter. The liability ceased at the age of 21 but he was left covered with little scars. Another portrait produced shows a similar eruption on the face and hands of a lady on whom it had persisted from childhood to middle age and was still present. In her although great benefit was obtained in winter she did not get quite rid of it.

My next case is one of a much more serious form. The subject when quite young became liable to have large bullae form in face

ınd ears in summer. These ulcerated and left when they healed deep scars. He was always will in winter. The liability terminated at the age of 20 but his ears had been almost destroyed and his face was covered with scars. My next case is one of such extensive and severe disease that I could not expect you to believe that it was due solely to such a cause as summer heat, had I not supported my conclusion by these already cited. It is only an exaggerated example of what we have just described. In this case a girl of sixteen had been liable every summer to ulceration over her face, hands, shoulders and chest. Her ears were destroyed and her face greatly disfigured. She was quite disabled in the summer and was accustomed year after year to seek admission nto the hospital. In winter she returned home but she was never quite well.

I have seen many other cases less well marked. They occur n young persons who are in other respects in good health. It seems clear that we have to deal with congenital peculiarity in the structure of the skin (organic idiosyncrasy) which unfits is for exposure to the ordinary influences of season and change in temperature. The disease kown as Xeroderma pigmentosum or Kaposi's malady is another example of such idiosyncrasy and may be suitable contrasted with there cases. In it the skin becomes pigmented and inflames. In these it inflames without pigmentation and is prone to vesicate and ulcerate. Unlike what occurs in Kaposi's malady I have but seldom known summer eruptions to occur to more than one member of a family, I have seen one example of a summer eruption which was produced in a tropical climate (Brasil) which finally ended like Kaposi's malady in the production of multiple growths of epithelial cancer. In it the face, neck and the backs of the hands were the only parts affected.

## Discussionen.

**Dubreuilh** (Bordeaux): The disease of which M. Hutchinson has shown us drawings and which he calls Infective lentigo is a most interesting variety of epithelioma of the face. I have seen two cases of it both on the left cheek, one of them has been published by Dr. Lamarque in the Bulletin de la Société d'Anatomie de Bordeaux, 1888, and in the Journal de Médecine de Bordeaux for December 30th, 1888. The other I have seen three years ago with a black patch on the cheek which had been increasing

for many years and on which a non pigmented epithelioma had grown. I saw him again quite recently with a new tumor of the same nature which had grown at some distance from the scar of the first one.

The last case presented by M. Hutchinson is one of Bazin's »Erythème induré des Scrofuleux«. The disease is well known in France and for my part I consider it as closely allied to chillblains. I think these lesions are a sort of deep chillblains. They have the same purple colour, the same slow evolution; they are not painful even where ulcerated; they come on in winter and heal slowly in summer. The disease occurs in children or young people liable to chillblains with a feeble circulation and with cold and blue hands and feet.

**Hutchinson.** I thank M. Dubreuilh for his information about that case of infective lentigo I did not know of, but I cannot agree with him about the nature of Bazin's érythème induré des Scrofuleux, I do not think it has any thing to do with chillblains and consider it as rather allied to tuberculosis.

---

## Herr Rossberger (Jaroslau):

### Die erste Behandlung bei Verbrennungen und Verbrühungen.

Ich habe mich zum Worte gemeldet, um meine Beobachtungen und Erfahrungen, die ich an 5 Fällen von Verbrennungen und Verbrühungen I., II. und III. Grades (3 Erwachsenen und 2 Kindern) gemacht habe, hier zur Prüfung vorzulegen. Wenn nämlich die Schlüsse, die ich aus meinen wenigen, aber gut beobachteten Fällen ziehe, richtig sind, dann könnte mein Vorschlag, der sich daran knüpft, von mächtigem praktischem Interesse sein.

Die Ergebnisse der neuesten Untersuchungen über die allerletzten Ursachen des Todes bei Verbrennungen (Foa, Goltz, Lustgarten etc.) sind entschieden geeignet, uns auf neue Bahnen zu lenken und dies veranlasst uns auch, über unser Thun und Lassen bei der ersten Behandlung der Verbrennungen strenges Gericht zu halten, respective unser therapeutisches Handeln den modificirten pathologisch-anatomischen Begriffen nach Thunlichkeit anzupassen. Die Verbrennung ist vielleicht der einzige Fall in der dermatologischen Praxis, wo es auf das rasche und zielbewusste Eingreifen des Arztes sehr viel ankommt, so dass er die ganze

rantwortung für sein Vorgehen übernehmen muss. Wenn ein
ourtshelfer bei hochstehendem Kopfe die Zange anlegen, wenn
in der I. Geburtsperiode Secale verabreichen würde, so würde
s allgemein als Kunstfehler angesehen werden. Wenn aber ein
t bei einer Verbrennung I., II. und III. Grades, gleichviel ob
hl'sche Salbe, Jodoformsalbe, Mosetig's Jodoformverband oder
Hebra'sche Wasserbett anwenden würde, es würde Niemandem
fallen, darin einen Kunstfehler zu erblicken. Und doch gibt es
ines Erachtens für die einzelnen Proceduren bei der ersten Be-
ndlung von Verbrennungen und Verbrühungen genau präcisirte
licationen, ebenso wie bei den geburtshilflichen Operationen.

Welchen Indicationen hat nun die erste Behandlung der Com-
tio zu genügen? Darüber kann nur der pathologisch-anatomische
stand der afficirten Gewebe Aufschluss geben. Bei Verbrennungen
Grades haben wir Röthung, Schwellung, in der Regel keine
esio continui, Schmerzen, eventuell allgemeine Symptome gerin-
en Grades zu behandeln. Da werden wir keine Salben anwenden,
r auch kein Wasserbett unbedingt nothwendig haben, welches
in der Praxis schwer zu haben ist. Es genügt hier trockene
lte, Einpudern und Einhüllen in Bruns'sche Watta. Dies allein
lt den Schmerz, bringt Wohlbehagen, ermöglicht den Transport
s Kranken und die Verrichtung der nöthigen Lebensfunctionen
ahrung, Defäcation etc.). Salben, Douchen und Bad sind hier nicht
licirt, und zwar wegen der Gefahr unnöthiger Maceration, Er-
nung von Infectionspforten und Erschwerung der Lebensfunctionen
d des Transportes.

Die erste Behandlung der Verbrennung II. Grades gibt noch
icisirtere Indicationen, respective Contraindicationen gegen ge-
sse allgemein gebrauchte Proceduren. Wegen des Bestandes in-
ter oder gar eröffneter Blasen ist hier entschieden abzurathen
n Gebrauche wässeriger oder öliger Flüssigkeiten und Salben
rhaupt. Schmerzstillung, Verhütung von Maceration an nicht
irten Stellen, Verhütung der Entstehung von Infectionspforten,
phylaxis gegen eventuelle Sepsis und Autointoxication mit Tox-
minen (Brieger, Lustgarten), deren Entwicklung nur zu häufig
h Auflockerung und Aufweichung der Cutisschichten begünstigt
d, ist in erster Reihe ins Auge zu fassen, sowie Beeinflussung
emeiner Symptome. Auch hier kann reichliches Beschütten mit
öslichen feinen Pulvern und Einpacken in antiseptische Watta
n Indicationen entsprechen (Anderson). Das Jodoform in Pulver-
d Gazeform entspricht diesen Indicationen zum allergrössten

Tinte, Butterbrod, weichen Thon, Kartoffelbrei, Oele etc. mit einem Schlage wegschaffen; zweitens würde der Arzt immer das reine Bild der Verbrennung zu Gesicht bekommen und drittens könnte man, wenn sich eben der Vorschlag bewährt, die Werkstätten, wo Verbrennungen und Verbrühungen wahrscheinlich sind, dazu anhalten, mit diesen Mitteln stets parat zu sein, was doch von nicht zu unterschätzendem praktischen Nutzen wäre.

---

Herr Dubreuilh (Bordeaux):

## Traitement du lupus à nodules disséminés.

Le traitement du lupus tuberculeux est sans contredit une des questions les plus rebatteus de la dermatologie, et cependant les résultats qu'on obtient sont encore si loin d'être satisfaisants qu'il est encore permis d'y revenir. Du reste je ne veux parler aujourdhui que d'un cas particulier, celui où des nodules lupeux sont disséminés dans un tissu de cicatrice.

Le lupus déjà ancien et partiellement cicatrisé, soit spontanément, soit à la suite d'interventions plus ou moins repetées, est souvent criblé de petits tubercules disséminés dont la tendance à la récidive est extrème. On trouve alors une surface cicatricielle qui au lieu de présenter la blancheur nacrée et la souplesse d'une cicatrice saine, est rouge et congestionnée; à la palpation on la trouve dure et infiltrée surtout par places; sa surface est souvent inégale. Ces caractères permettent de reconnaître à première vue que le processus pathologique n'ést pas encore éteint, mais la rougeur et l'infiltration diffuses pourraient faire croire à des lésions diffuses également. Il n'en est souvent pas ainsi et pour s'en assurer il suffit d'anémier la peau par la traction ou par la compression avec une lame de verre. La peau apparait alors blanche et l'on y distingue une foule de points jaunâtres du volume d'une tête d'épingle qui sont autour des nodules lupeux. Chacun de ces nodules entretient autour de lui une zone de congestion et d'infiltration et la confluence de ces petites zones donne l'apparence d'une lésion diffuse.

On peut amener une décongestion notable et même une réélle amélioration par l'emploi d'une pommade à l'ichthyol analogue à celle qui est recommandée par Brooke, mais cela ne suffit pas, et il faut en arriver au traitement chirurgical. Celui-ci est d'autant plus

nécessaire que lorsque le lupus revet cette forme, il est d'une extrême ténacité. Les interventions les plus répétées et en apparence les plus complètes n'empêchent pas les nodules lupeux de récidiver. Ils reparaissent au point même qu'ils occupaient auparavant et où l'on croyait les avoir complètement détruits ou bien il en survient d'autres dans le voisinage. Ils ne reparaissent cependant pas tous, leur nombre diminue peu à peu et avec de la persévérance, on finit par en avoir raison. La récidive est quelquefois très rapide, se faisant en une ou deux semaines; d'autres fois elle ne se fait qu'un peu plus tard, la rougeur et l'infiltration disparaissant pendant un temps pour reparaître avec les petits nodules qui les provoquent. Dans tous les cas il faut beaucoup de patience de la part du médecin et du malade pour venir à bout de ces incessantes repullulation.

La scarification est presque impuissante dans les cas que j'ai en vue, ou du moins elle réussit mal et il faut la répéter presque indéfiniment. La scarification ne détruit pas le nodule mais détermine sa résorption, or ici elle se fait difficilement. Elle atteint tous les tissus, sains et malades et ne peut pas être étroitement localisé. à de si petites lésions.

L'ignipuncture avec la pointe fine du galvano-cautère est préférable. On peut en effet choisir le point très limité où portera la cautérisation; celle-ci ne détruit qu'une quantité de tissu aussi restreint que l'on veut mais la destruction en est complète; il n'y a pas d'hémorrhagie et si les nodules sont assez espacés, il n'est besoin d'aucun pansement.

J'ai pu cependant remarquer, dans certains cas rebelles qui m'ont permis d'experimenter tous les procédés, que la récidive se faisait plus vite après l'ignipuncture qu'après le curettage. Cela tient à la profondeur des nodules lupeux. On ne peut reconnaître que les nodules superficiels, il en est sans doute de profonds que rien ne peut faire deviner, mais il y a souvent comme l'a signalé M. Dubois-Havenith des Grappes de nodules qui s'enfoncent profondément dans le derme, avec des directions très variables, s'étendant quelquefois fort loin mais venant affleurer à la surface en un point très limité. A ce point, on aperçoit bien un nodule lupeux mais rien ne peut faire soupçonner qu'il n'est que l'affleurement d'un groupe quelquefois fort étendu. Or, la pointe du galvano-cautère ne peut que pénétrer normalement à la surface à une plus ou moins grande profondeur. Elle pénètre, il est vrai, plus facilement dans le tissu morbide que dans le tissu sain, généralement très dur et

ıtriciel, mais la nuance est difficile à bien sentir. Si la trainée nodules lupeux s'enfonce obliquement ou rampe parallèlement ı surface, elle échappe nécessairement au cautère. On s'explique la sorte les récidives si rapides.

La curette a les mêmes avantages que le galvano-cautère et pas ses inconvénients. Par la curette on fait l'ablation du tissu eux; c'est de plus un instrument plus intelligent que le cautère. permet de sentir bien mieux la consistance des tissus; elle ètre sans peine dans le tissu morbide mais ne peut entamer le u sain, elle permet donc bien plus facilement de suivre les longements infractueux d'un foyer lupeux et d'atteindre des lules qui échapperaient au cautère. Ce procédé n'a qu'un inconient c'est d'être plus difficile et plus long que l'ignipuncture. Il en effet beaucoup plus vite fait de plonger la pointe d'un vano-cautère dans un nodule lupeux que de l'évider à la curette, cautériser au chlorure de zinc et faire l'hémostate. Mais, comme ération est moins douloureuse et que la récidive est moins ide et moins fréquente, le malade sinon le médecin s'en trouve ux.

La plupart des curettes qu'on trouve dans le commerce sont es pour curer des masses lupeuses compactes ou pour racler surfaces étendues, elles sont trop grandes et vu le tranchant té en avant, elles raclent bien mais pénètrent mal. J'ai donc dû e faire un modèle un peu différent. La largeur de la cuiller varie 1 millimètre à 1 millimètre et demi, sur une longueur presque uble; le tranchant situé dans l'axe du manche est incliné à 45° cet axe; enfin le manche est taillé à 8 pans égaux ce qui permet le faire rouler entre les doigts.

Après avoir reconnu la présence des nodules en tendant la u avec le doigt, on y applique l'extrémité de la curette et avec mouvement de rotation on la fait pénétrer dans le derme comme drille. Si l'on s'est trompé et qu'on a pris pour un nodule ce n'en était pas un, la curette est arrêtée. Souvent le nodule est é, la curette l'enlève alors en totalité, laissant une petite cavité ondie ou allongée à parois lisses. D'autres fois, après avoir en- é ce premier nodule, on en sent d'autres dans lesquels l'instrut pénètre avec la même facilité. Comme la curette maniée avec ereté, n'entame pas le tissu sain, on évide tous les prolongements l'on peut trouver. Il peut arriver, surtout à la joue, que l'instrut ayant traversé le derme ait atteint le tissu graisseux sousané où il peut être promené dans tous les sens sons rencontrer de

résistance. On pourrait prendre ce tissu non pour du tissu morbide si l'on n'était prévenu par la profondeur même à laquelle on se trouve et par la présence de petites gouttelettes graisseuses à la surface du sang qui s'écoule.

Une fois chaque nodule curetté, et pour en compléter la destruction, je cautérise la cavité avec du chlorure de zinc. Je me sers pour cela de stylets constitués par un gros fil de platine monté sur un manche métallique ou bien de fins cure-dents en bois. On y enroule un peu de coton hydrophile, et l'on a ainsi un très petit pinceau qu'on trempe dans du chlorure de zinc au dixième et qu'on peut faire pénétrer dans les cavités les plus étroites. L'hémorrhagie est quelquefois assez abondante au début. Elle se renouvelle après la cautérisation mais ou en vient facilement à bout par la compression.

En ce qui concerne le pansement on se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'après l'ignipuncture. Si les nodules sont petits et espacés, tout pansement est inutile, chaque plaie est comblée par une plaie noire et sèche qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est complète. Si les destructions sont plus étendues, les lésions suppurent et il faut mettre un pansement. Après avoir essayé le collodion, les pommades et divers emplâtres je suis arrivé à la conclusion que le meilleur pansement est le pansement antiseptique humide et fréquemment renouvelé, deux ou trois fois par jour suivant l'abondance de la suppuration. J'ai essayé des pansements au sulfat de fer, de zinc et de cuivre, ensemble ou separément à des doses diverses. Ces substances associées sont employées dans la médecine veterinaire sous le nom de poudre de Knaup pour hâter la cicatrisation des plaies. J'ai obtenu des résultats assez satisfaisants, surtout des deux derniers, il en est de même de l'acide borique, mais cela ne vaut pas le bichlorure ou le biiodure de mercure à la dose de 1 pour 2000 ou 4000, à la condition qu'il soit supporté car il est des malades qui ne le supportent pas.

Dans toutes ces opérations je me sers de la cocaïne qui, à ma grande surprise, est à peine signalée dans tous les travaux récents sur le traitement du lupus. Elle a sur tous les procédés de congélation l'avantage de ne modifier ni la consistance ni la couleur des parties, et pour ma part je n'ai jamais observé le moindre accident d'intoxication. Il est vrai que je n'emploie que de faibles doses qui, injectées très superficiellement dans le derme suffisent à donner une anesthésie très complète surtout à l'égard des opérations sanglantes moins accusée à l'égard de l'ignipuncture.



Je un sers pour cela de canules condées qu'il est très facile de faire cheminer dans le derme parallèlement à la surface en injectant quelques gouttes de loin en loin.

---

Herr Van Hoorn:

Meine Herren!

Ueber das Tuberculin ist bereits so Vieles geschrieben worden, dass man fast um Entschuldigung bitten muss, wenn man dieses Thema wieder berührt.

Ich werde mich aber ganz kurz fassen und möchte dadurch erzielen, dass auch Andere uns ihre Anschauungen über meinen Gegenstand mittheilen.

Anfangs December 1890 wurde von mir das Tuberculin zu gleicher Zeit im Universitätsspitale und im Kinder-Krankenhause zu Amsterdam eingeführt.

Ueber die in der Universitätsklinik behandelten Fälle habe ich in Gemeinschaft mit einem Collegen, Herrn Spruyt Landskroon, im vorigen Jahre in den Monatsheften berichtet und darauf hingewiesen, dass die zu wählende Anwendungsart des Koch'schen Heilmittels noch eine offene Frage ist.

Im Kinderspitale hatte ich vom Anfang an absichtlich eine ganz andere Methode befolgt, als in der dermatologischen Klinik eingeführt war.

Es wurden die Dosen viel niedriger gewählt, es wurde jeden zweiten Tag eingespritzt und nicht mit der Dosis gestiegen, bis der Patient mindestens zweimal die gleiche Dosis bekommen hatte.

Die Resultate waren aber weit weniger günstig, als die im Universitätsspitale erzielten. Reaction, sowie Besserung weniger deutlich, die Reactionsfähigkeit früher erloschen.

Da aber auch die oben erwähnten besseren Erfolge noch viel zu wünschen übrig liessen, lag der Gedanke nahe, eine noch bessere Methode anzustreben, einerseits von der in der dermatologischen Klinik üblichen abweichend, andererseits geradezu entgegengesetzt der im Kinderspitale bisher eingeschlagenen Richtung: eine Methode, die also die Aufgabe zu lösen hätte, eine möglichst hohe, aber gefahrlose Reaction hervorzurufen und die Reactionsfähigkeit möglichst lange zu erhalten.

Zu diesem Zwecke wurde mit 0·5 Milligramm angefangen und mit der Dosis nicht gestiegen, so lange die Temperatur, im Reactionsstadium, 39° C. erreichte, aber auch jedesmal eine höhere Dosis gegeben, sobald diese Temperatur nicht erreicht wurde.

Alle vierzehn Tage wurde einmal eingespritzt.

Diese Methode, die ich jetzt seit anderthalb Jahren poliklinisch verwende und wobei die Patienten durchschnittlich nur an einem Tage in zwei Wochen das Bett zu hüten pflegen, gibt weit bessere Erfolge, als die in meiner früheren Arbeit angegebenen.

Die Methode hat nur den Nachtheil, dass die Behandlung sehr lange dauert, und da die Mehrzahl der Lupösen den weniger vermögenden Kreisen angehören, können sie nur schwer während längerer Zeit alle zwei Wochen einen Tag ihre Beschäftigung unterbrechen.

Schliesslich wird man meistens gezwungen, zu irgend einer örtlichen Behandlung zu greifen. Es ist dies auch der Grund, weshalb ich nicht zur Erhärtung meiner Behauptung eine Reihe geheilter Lupusfälle erwähnen kann.

Einen einzigen Fall möchte ich aber zu besprechen nicht unterlassen.

Bei einer Frau mittleren Alters war die ganze rechte Hälfte des Gesichtes und des Halses von Lupus befallen, mit drohender Gefahr für Auge, Ohr und Nase. Der Lupus war schon sehr alt, vielleicht schon zwanzig Jahre, und wurde von erfahrenen Chirurgen wiederholt ohne bleibenden Erfolg behandelt.

Als ich die Patientin das erste Mal sah, war sie davon schon überzeugt, dass ihr nicht zu helfen sei; sie sah etwas heruntergekommen aus, sei es durch den moralischen Effect einer solchen Ueberzeugung, oder in Folge des so lange Zeit bestehenden Lupus. Schon nach der ersten Einspritzung wurde sowohl von der Patientin wie von mir eine locale Besserung beobachtet, und diese wurde nach jeder neuen Einspritzung von einer neuen Besserung gefolgt.

Nur über eine Ausnahme muss ich berichten. Einmal, als das Intervall zwischen zwei Einspritzungen statt vierzehn Tage vier Wochen gedauert hatte, hatten die Erscheinungen gegen Ende der vierten Woche etwas zugenommen. Sonst hatte der Fall während anderthalb Jahren jede vierzehn Tage eine neue locale Besserung aufzuweisen.

Collegen, welche die Patientin in längeren Zwischenräumen sahen, waren immer erstaunt über die seit der letzten Beobachtung gemachten Fortschritte.

Der Allgemeinzustand fing auch bald an sich zu heben, und Patientin sowie ihre Verwandten geben jetzt an, sie habe niemals so kräftig ausgesehen wie zur Zeit. Der Fall ist jedoch immer noch nicht geheilt.

Sollte sich eine schneller wirkende Methode bei anderen Fällen bewähren, so würde ich sie gewiss auch wählen zur Vollziehung der Heilung des besprochenen Falles.

Es darf daher nicht Wunder nehmen, wenn ich gestehe, dass ich den Aeusserungen v. Klebs' über die Wirkung des von ihm hergestellten Tuberculocidins das grösste Interesse entgegenbrachte.

Sobald ich geeignete Fälle bekam, wurde das Mittel in der von Klebs angegebenen Weise versucht.

Der erste Fall, bei einer Frau mittleren Alters, wo die beiden Gesichtshälften sammt Nase und Augen ergriffen waren, zeigte erst am dritten Tage nach einer Injection von circa 40 Milligramm 100%igen Tuberculocidins eine leichte Röthe und Schwellung der afficirten Theile. Am vierten Tage jedoch, nach Einspritzung von circa 70 Milligramm, traten so schwere Erscheinungen auf, dass sie nur mit einer maximalen Tuberculinreaction vergleichbar sind. Sehr intensive Röthe und Schwellung; auch Exsudation, sogar punktförmige Gangrän. Die Temperatur stieg über 40° und blieb mehr als 2 × 24 Stunden auf Fieberhöhe.

Nach ungefähr vierzehn Tagen, als die Vernarbung stattgefunden hatte, waren etwa drei Viertel des lupösen Gewebes verschwunden. Spätere Einspritzungen, die während drei Wochen fast täglich ausgeführt wurden, und wobei mit der Dosis schnell bis 1 Gramm gestiegen wurde, waren nur ausnahmsweise von einer unbedeutenden örtlichen Reaction gefolgt, aber niemals von Fieber.

Von einer weiter fortgeschrittenen örtlichen Besserung war jedoch weder während der unmittelbaren Injectionen, noch während des unmittelbar auf deren Sistirung folgenden Monates auch das Geringste nachzuweisen. Dagegen hatte es im zweiten Monate nach der letzten Einspritzung den Schein, als ob die Efflorescenzen wieder etwas gewachsen wären.

Ein 9jähriger Knabe, mit einem Lupusherde im Gesichte, welcher die Grösse eines Markstückes nicht übertraf, wurde am 16. Juni im Kinderspitale aufgenommen und vom 10. Juni bis 8. August 47 mal, also fast täglich eingespritzt.

Im Verlaufe von 19 Einspritzungen wurde bis 500 Milligramm 100%igen Tuberculocidins gestiegen.

keiten besprechen wollen, mit denen ich zu kämpfen gehabt, in der Hoffnung, dass Andere, mit reicherer Erfahrung, diese Frage besser beleuchten mögen.

---

## Discussion.

(Zu Herrn Lewins Vortrag.)

**Köbner** (Berlin): Die von Herrn Lewin im Eingange seines Vortrages geäusserte Meinung, dass den Arzneiexanthemen im Wesentlichen Veränderungen des circulatorischen und des Organeiweisses zu Grunde liegen, ist eine Vermuthung, welche unser Verständniss ihres Wesens in Nichts fördert. Eine allgemeine oder einheitliche Theorie derselben, welche sie in ihrer ganzen Mannigfaltigkeit erklären würde, lässt sich bei dem heutigen Stande unseres Wissens noch ebensowenig mit Sicherheit aufstellen, wie zur Zeit meiner Arbeit »über die Arzneiexantheme und insbesondere über das Chininexanthem« im Jahre 1877. Darum halte ich, um von den verschiedenen, von Herrn Lewin discutirten, derselben entlehnten Gesichtspunkten nur einen herauszugreifen, fest, an der jedem klinischen Beobachter sich als natürlich aufdrängenden Unterscheidung derselben in solche, welche ganz ausschliesslich und wesentlich auf einer individuellen Prädisposition oder Idiosynkrasie beruhen, vermöge welcher schon auffallend kleine Dosen, oft nur einige Milligramm oder 1—2 Centigramm nach ein- oder zweimaligem Gebrauch und in sehr kurzer Zeit mehr oder minder schwere Störungen des Allgemeinbefindens, Fieber, Miterkrankung des Sensoriums, der Schleimhäute und Eruptionen von solcher Acuität hervorrufen, dass man den Eindruck acuter Intoxicationen, respective — in Miterwägung der Coävität, d. h. der gleichen Entwicklungshöhe ihrer einzelnen Efflorescenzen an den verschiedensten Körpertheilen — den Eindruck acuter Exantheme erhält. Dahin zählte ich vor Allem die Alkaloïde und ihre durch Synthese gewonnenen pharmakodynamischen Analoga. Dem gegenüber entsteht eine andere Reihe von Eruptionen allmälig, circumscript oder nur langsam auf verschiedene Regionen sich ausbreitend, daher die verschiedenen Entwicklungsstufen der Efflorescenzen neben einander darbietend, ganz ohne oder erst nach längerer Zeit mit etwas Fieber, ohne oder mit relativ geringen allgemeinen Störungen. Zur Erzeugung dieser Gruppe oder wenigstens zu ihrer universellen Ausbreitung bedarf es einer längeren oder viel öfteren Anwendung der betreffenden Arzneien, als deren Repräsentanten ich die Haloidsalze und (nach späteren Er-

phische Nervencentren nur für die oberflächlichen Erytheme und allenfalls Urticaria ausreicht, hingegen für alle wirklichen Exsudationen, Blutungen oder gar Gangrän überdies eine directe Einwirkung auf die besonders disponirte Haut selbst statuirt werden muss, die Zustimmung fast aller späteren Autoren und auch des Herrn Lewin gefunden. Als Beispiele für die in manchen Fällen nachweisbare besondere Reizbarkeit derselben führte ich an, dass mein erster Patient mit schwerem Chininexanthem schon mehrere Jahre an häufig recidivirendem acutem Ekzem gelitten hatte, und dass ein anderweitig beschriebener Patient nach ungewöhnlich langer postscarlatinöser Desquamation vor 5 Jahren eine bleibende Veränderung der Haut- und der Haarfarbe, einen allgemeinen Albinismus und zugleich eine so hohe Vulnerabilität der Haut erworben hatte, dass er durch kleine Mengen Unguent. ciner., aber auch durch Insolation ebenso ein universelles acutes Ekzem bekam, wie nach einer einmaligen, allerdings grösseren Dosis Chinin. So habe ich ferner Roseola durch Copaivabalsam auf einem, seit zehn Monaten von einem alten chronischen, auf der Vorderseite des Stammes und an den Armen localisirten Eczem befreiten Manne ausschliesslich an diesen Theilen und erst bei weiterer Cumulirung des Balsams auch am Rücken und den Beinen auftreten gesehen. — Nach alledem ist das ungemein seltene Auftreten von Exanthemen nach innerlichem Gebrauche des Jodoforms kein Argument gegen die Quantitätswirkung der Haloidsalze, sondern erklärt sich einfach durch die fast völlige Unlöslichkeit jenes in den Verdauungssäften und die gerade quantitativ zu geringe Abspaltung freien Jodes in der Haut selbst gegenüber den so leicht löslichen und spaltbaren Jod- resp. Bromsalzen.

---



Herr Nenadović (Pancsova):

**Vorschläge zur Verhinderung der Weiterverbreitu**

Die Regelung der Prostitution ist eine der dr
forderungen, um der Verbreitung der venerischen Kr
wirksamen Damm entgegen zu setzen. Von der
einer solchen Regelung sind wir Alle so durchdrun
Motivirung diesbezüglich vollkommen überflüssig
Anregungen fehlte es zwar in den letzten Jahren nic
gerade die von bedeutenden Vertretern der Syphi
regten Discussionen, wie wenig brauchbare Result
wonnen wurden. Wegen dieser Fruchtlosigkeit der
cussion dürfen wir aber den Muth nicht sinken lass
wieder versuchen, ob denn die heutigen, sicherlich
Verhältnisse einer Besserung fähig wären.

Ich weiss wohl, meine Herren, dass ich als La
specialistische Erfahrung über die verheerende Wirk
erscheinungen der Syphilis habe, als die meisten hi
Männer; ich kann aber anderseits versichern, dass i
Provinzstadt der Mechanismus der Verbreitung der
Gesellschaft viel häufiger und in weiteren Abzweig
werden kann, als dies in der Grossstadt möglich i
es mir daher zugute halten, wenn ich meine seit 25
Landestheile von 50.000 Einwohnern geschöpften

ıns Allen als mangelhaft anerkannte Controle nicht einmal noch Gemeingut aller Länder geworden ist. Es wäre hiemit zweierlei zu erörtern: erstens, dass in denjenigen Ländern, wo die sanitätspolizeiliche Controle darniederliegt, auf eine möglichst strenge und gewissenhafte Ausführung bestanden wird. Zweitens kommt die Verbesserung der Regelung in Betracht und sollten hiebei besonders Vorschläge discutirt werden, welche entweder die polizeiliche Controle ergänzen oder die Regelung überhaupt auf eine neue Basis stellen.

Was den ersten Punkt anlangt, so besteht z. B. in manchen Ländern ein Sanitätsgesetz, nach welchem die Prostitution erlaubt, edoch bis heute nicht geregelt worden ist. Weder die Städte noch las Land besitzen ein Prostitutionsstatut. In dieser Beziehung muss larauf gedrungen werden, dass in diesen Staaten, wo kein Prostiutionsstatut besteht, ein solches möglichst bald geschaffen werde. Was den zweiten Punkt betrifft, so muss, um Missverständnissen vorzubeugen, vor Allem constatirt werden, dass eine genaue Controle des Ursprungs einer jeweiligen syphilitischen Affection, welche in der Grossstadt wegen der complicirten Verzweigung der Gesellschaft unmöglich ist, in einer kleineren Stadt noch immer realisirbar erscheint.

Wie nun die Controle über die Prostituirten und über die jeweilige Quelle der Infection ausgeführt werden soll, gebe ich in Folgendem meine unmassgebliche Meinung ab.

Da nach den statistischen Ausweisen die geheime Prostitution an der Verbreitung der Syphilis grössere Schuld trägt, so muss man unbedingt dieser hart an den Leib rücken. So erklären beispielsweise sämmtliche Autoritäten, die über diese Frage geschrieben aben, und unterstützen durch genaue statistische Daten, dass die eheime Prostitution viel mehr zur Verbreitung der Syphilis beirägt als die controlirte. Die geheime Prostitution wird hauptichlich von jenen Personen ausgeführt, die nicht genügende Existenzmittel besitzen, um ihr Leben fristen zu können. Diese geheime rostitution, so schwer sie auch in den Grossstädten zu controliren it, bleibt Niemandem auf dem Lande ein Geheimniss. Es soll iemit die persönliche Freiheit einer oder mehrerer allein stehenden ersonen durchaus nicht tangirt werden, aber wo die Lebensweise ehr verdächtige Anhaltspunkte ergibt, sollte eine sanitätspolizeiliche Controle am Platze sein.

Die Controle, ob die angebliche Beschäftigung einer Frauensperson für den constatirbaren Luxus in ihrem Lebensunterhalt ausreicht, dürfte sehr häufig den ersten berechtigten Anstoss zur

Ueberwachung der betreffenden Person abgeben. Die in den Ambulanzen oder in der Privatordination erschienenen angesteckten Männer oder Frauen sollen gezwungen werden, den Namen und Wohnort der inficirenden Frauensperson, beziehungsweise des inficirenden Mannes anzugeben. Discretion des Arztes und der polizeilichen Organe müssen dafür bürgen, dass alle diese Recherchen ohne öffentliches Aergerniss zu erregen ausgeführt werden. Durch diese Anzeigepflicht würde man sehr häufig im ersten Stadium jene inficirenden Quellen entdecken, welche entweder aus Nachlässigkeit oder auf dem Lande durch Unwissenheit ihrer ganzen Umgebung verhängnissvoll werden.

Des weiteren beantrage ich: Der Inficirte soll das Recht haben, bei jedem Arzte ärztliche Hilfe beanspruchen zu können. Die Kosten für die Behandlung der unbemittelten Bevölkerung soll der Arzt vom Staate beanspruchen dürfen, ebenso sollen die an Syphilis Leidenden in den Krankenhäusern auf Kosten des Staates behandelt werden, da es am meisten im Interesse des Staates liegt, durch Verminderung der Syphilis bessere hygienische Verhältnisse zu schaffen. Daher kommt es, dass am Lande unter den Laien der Blaustein noch immer das einzig gebrauchte Heilmittel ist gegen die Producte der Syphilis.

Welche schrecklichen Folgen mangels einer allgemeinen Behandlung hieraus resultiren, brauche ich nicht erst den Herren Anwesenden genauer auseinander zu setzen.

Endlich muss darauf hingewiesen werden, dass die Art, wie die Untersuchungen bei den Prostituirten stattfinden, durchaus nicht gründlich genug ist, um sich darüber beruhigt zu fühlen. Es wird in der Frage des Vorhandenseins einer gonorrhöischen Infection sehr viel gesündigt. Es soll ja nicht verkannt werden, die Schwierigkeit, welche eine derartige Untersuchung beansprucht, man muss aber indess darauf dringen, dass jeder untersuchende Arzt so viel mit dem Mikroskop umgehen könne, dass er die Anwesenheit oder die Abwesenheit der Gonococcen im Secrete constatiren kann. Wie ausschlaggebend die mikroskopische Untersuchung für die Diagnose ist, wurde ja durch die zahlreichen in dieser Versammlung gehaltenen Vorträge übereinstimmend bestätigt.

Der hochverehrten Versammlung mögen diese Vorschläge nur als Anlass dienen, um ihre gereifteren Ansichten über die Prostitutionsfrage zum Ausdrucke zu bringen.

## Discussion.

**Köbner.** Ich freue mich ausserordentlich, dass hier richtig gesagt worden ist, es sei nothwendig, namentlich in kleineren Zirkeln, festzustellen, was bei uns in den grossen Städten unendlich schwer ist, nämlich die Infectionsquelle. Dass der geehrte Herr Vorredner zu demselben Resultate gekommen ist wie ich, der ich in der Berliner medicinischen Gesellschaft, wo wir berathen haben über die den städtischen Behörden und der Sanitätspolizei gegen die weitere Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Berlin anzuempfehlenden Massregeln, gerade dieses Thema der geheimen Prostitution gestreift habe; — sowohl ich als andere Collegen haben behauptet, dass die geheime Prostitution einen mindestens ebenso grossen, nach meinen 30jährigen Erfahrungen einen noch grösseren Antheil an der Verbreitung dieser Krankheit hat als die polizeilich controlirte — von diesem Vordersatz ausgehend, genau denselben Antrag gestellt, der uns jetzt unterbreitet wurde, dass nämlich jeder praktische Arzt, so oft sich nur Gelegenheit bietet, versucht, die Infectionsquelle festzustellen, um dadurch der Verwaltung in die Hand zu arbeiten zur Ermittlung der geheimen Prostitution. Ich glaube, das wird das Ideal der Syphilidologen sein, die geheime Prostitution überzuführen in die sanitätspolizeilich überwachte.

**Finger.** Ich möchte ebenfalls betonen, dass Eindämmung der Prostitution, die Ueberführung der geheimen in die regulirte, eine Massregel ist zur Hintanhaltung der Syphilis, aber auch nur eine, und dass wir eine ganze Reihe von anderen Infectionsquellen haben, die zur Verbreitung der Syphilis in hohem Maasse beitragen und die uns bisher vollkommen verschlossen sind, zunächst die ungemein häufige Verbreitung der Syphilis durch die Ehe; viel wichtiger ist aber ein anderer Punkt, dass durch die Blenorrhöe die Frauen, wie wir erst gestern von Gynäkologen gehört haben, in der allertiefsten Weise leiden, und dass von solchen Frauen viel mehr den besseren Ständen angehören als den Prostituirten. Das sind Punkte, mit denen wir uns bisher überhaupt nicht befasst haben. Ich wollte das betonen, dass, wenn wir die Prostitution eindämmen, indem wir für die Ueberführung der geheimen in die registrirte Prostitution wirken, wir nur eine, und ich möchte sagen: eine der nebensächlicheren Quellen der Verbreitung der Syphilis und venerischen Krankheiten eindämmen, dass aber eine grosse Zahl von Ursachen sich unserer Ingerenz bisher entzieht.

---

## Herr Joannu (Athen):

### I. Ueber die Syphilis bei den alten Griechen.
### II. Ueber Syphilis in Griechenland und eine specielle Form »Spyrokolon«.

Meine hochverehrten Herren!

Erlauben Sie mir vor Allem meinen innigsten Dank dem verehrten Präsendeten des internationalen Congresses Prof. Kaposi für die höfliche persönliche Einladung an mich als Repräsentanten Griechenlands auszusprechen, sowie auch den freundlichsten Gruss Athens dem deutschen Athen, Wien, der berühmten Kaiserstadt, auszurichten. Ich werde nie auf lebenslang die grosse und schöne Kaiserstadt vergessen, in welcher ich meine Studien unter den weltberühmten und unvergesslichen Professoren Rokitansky, Skoda, Schuh, Hyrtl, Sigmund und Hebra, dem wirklichen Schöpfer der Dermatologie, durchgemacht habe, wofür ich allen Diesen öffentlich meine innigste und ewige Dankbarkeit ausspreche.

* * *

Wie ich es vorgemeldet habe, werde ich in kurzem untersuchen,

1. ob die venerischen Krankheiten im Allgemeinen den Alten bekannt waren;

2. den Charakter der Syphilis in Griechenland, und endlich

3. werde ich von einer Syphilisform, die man bei uns Spyrokolon nennt, sprechen.

I.

Die Göttin Venus ist den alten Griechen sehr heimatlich gewesen und es ist sehr wahrscheinlich, dass diese ihren Namen führenden Krankheiten im Alterthume existirten. Bei den verschiedenen alten griechischen Schriften der Medicin und anderen finden wir wirklich Beschreibungen verschiedener Symptome, die beweisen, dass diese Krankheiten den Alten sehr wahrscheinlich nicht ganz unbekannt waren. Es ist unmöglich, dass in einem Lande, in welchem der Venuscultus vielfach und verbreitet war, wo die Hetären und die in Korinth wohlbekannten Hierodoulen und deren verschiedene Prostitutionsanstalten, in welchen Viele Tag und Nacht durchbrachten, so zahlreich waren, diese Krank-



heiten fehlten. Das Vorhandensein solcher öffentlicher Häuser bei den Alten wird auch bestätigt durch das gleich beim Eintritte in die Ruinen der alten Stadt Pompeji an der Thüre eines Gebäudes noch jetzt existirende Marmorrelief, wo nämlich die Schamtheile abgebildet sind. Also ist es nicht unmöglich, dass die venerischen Krankheiten sich in solchen Localitäten leicht entwickeln konnten.

Gewiss, wer die alten Schriftsteller wie Herodotus, Hippokrates, Celsus, Galenus, Dioskorides, Aretaeos, Paul von Aegina, Oribasius, Dio Chrysostomos, Eusebius von Pamphyl und andere genau studirt, wird sich überzeugen, dass einige von ihnen erwähnte Symptome ganz denen der venerischen Krankheiten ähnlich sind. So bei Herodotus im ersten Buche seiner Geschichte, das den Namen der Muse Klio führt, ist die Rede von einer weiblichen Krankheit, die Scythische genannt, die die Scythen heimgesucht hat, weil sie das uralte Heiligthum der Venus von Askalon beraubt hatten. Die Stelle heisst auf Griechisch so: „Τοῖσι δὲ τῶν Σκυθέων συλήσασι τὸ ἱρόν τό ἐν Ασκάλωνι καὶ τοῖσι τούτων αἰεὶ ἐκγόνοισιν ἐνέσκηψεν ἡ θεὸς θήλειαν νόσον· ὥστε ἅμα λέγουσί τε οἱ Σκύθαι διὰ τοῦτο σφέας νοσέειν καὶ ὁρᾷν παρ' ἑωυτοῖσι τοὺς ἀπικνεομένους ἐς τὴν Σκυθικὴν χώρην ὡς διακέαται, τοὶς καλεῦσι ἐναρέας οἱ Σκύθαι.“ (Herodoti Historiarum, Libr. I, pag. 36. Editio Dindorfii, Paris 1844).

Hippokrates im Buche Περὶ Γυναικείης Φύσιος — de Natura mulierum, Edit. Littré, VII. Band, § 66, beschreibt Schamgeschwüre, und es wird von ihm gegen sie eine Art von aromatischem Weine angerathen. Es heisst wörtlich wie folgt: „Ἢν ἕλκεα ἐγγένηται τοῖσιν αἰδοίοισι καὶ ξυσμὸς λαμβάνη, ἐλαίης φύλλα καὶ κισσοῦ καὶ βάτου καὶ ῥοιῆς γλυκείης τρίψας λεῖα, οἴνῳ παλαιῷ διεὶς“, und im loco citato sagt er auch: „Ἢν ἐν τοῖσιν αἰδοίοισιν ἕλκεα γένηται, βόειον στέαρ ἐπαλείφειν καὶ προστιθέναι, καὶ τῆς μυρσίνης τῷ οἴνῳ ἀφεφῶν διακλύσαι.“ Endlich auch im § 60 räth er das beste antiseptische Mittel gegen die diphtheritischen Schamgeschwüre an, wie folgt: „Ἢν ἀφθήσῃ τὰ αἰδοῖα, μύρτα ἑψήσας ἐν οἴνῳ διακλυζέσθω τὰ αἰδοῖα. ἔπειτα ῥοιῆς γλυκείης σίδια ἑψήσας ἐν οἴνῳ καὶ σμύρνης καὶ ῥητίνης ὁμοῦ μίξας, διεὶς οἴνῳ, ὀθόνιον ἐμβαπτων, προςτιθέναι.“

Hippokrates kannte auch die Vegetationen der Genitalien, und es wird von ihm die Excision dieser venerischen Neoplasien als die beste Therapie angerathen, wie folgt: „Ἢν ἐν τοῖσιν αἰδοίοισι . . . . . . κίων ἐγγένηται . . . . τὸν κίονα χρὴ ἀποτάμνειν“ (Band VII, § 65, edit. Littré). Auch im zweiten Buche des Prorheticums von Hippokrates finden wir auf der Haut Erscheinungen, die den syphilitischen sehr ähnlich sind; die Stelle

heisst wie folgt: „Τοῖσι δὲ ἀνδράσι τὰ μὲν τοιαῦτα φύματα οὐ κάρτα ἐπιγίνεται· τὰ δὲ κηρία δεινά καὶ οἱ κρυπτοὶ καρκῖνοι οἱ ὑποβρύχιοι, καὶ οἱ ἐκ τῶν ἐπινυκτίδων ἕρπητες ἔστ' ἂν ἑξήκοντα ἔτεα συχνῷ ὑπερβάλλωσι. Τοῖσι δὲ γέρουσι τῶν μὲν τοιουτο τρόπων φυμάτων οὐδὲν ἐπιγίνεται, οἱ δὲ καρκῖνοι οἱ κρυπτοὶ καὶ οἱ ἀκροπόσθιοι (ἀντί ἀκρόπαθοι) γίνονται . . ." (Littré, Band IX, pag. 32).

Galenus (131 n. Chr.) in seinen Commentariis in den Büchern der Epidemien von Hippokrates sagt, dass um die Zeit des Coitus, oder etwas später, es nicht unwahrscheinlich sei, dass Rothlauf oder Entzündung oder Sklerose entstehen. Diese Stelle lautet wörtlich wie folgt: „Οὐκ ἔστιν ἀπίθανον ἐρυσίπελας, ἢ φλεγμονὴν, ἢ σκίῤῥον, ἤ τι τῶν τοιούτων γενέσθαι περὶ τὸν τῶν ἀφροδισίων καιρὸν ἢ σμικρὸν ὕστερον, αὖθίς τε καὶ μετ' οὐ πολύ καθίστασθαι . . ." (Galen., Band XVII, pag. 32, Edit. Kühn).

Ebenfalls Galenus in der Compositio medicamentorum secundum locos (XIII. Band, 1. Buch, pag. 315) spricht von Diagnose der Geschwüre der Urethra durch die aus ihr ohne Urin herausfliessenden Producte, und dass die Geschwüre der Genitalien und die an dem After, wenn sie keine Entzündung begleitet, Arzneimittel brauchen, die sie sehr trocken machen. Die Stelle ist folgende: „Τῆς τοῦ αἰδοίου ἑλκώσεως ἡ διάγνωσις ἐκ τοῦ σαφῶς ὀδυνᾶσθαι κατ' αὐτό μετὰ τοῦ καὶ κατὰ τὰς οὐρήσεις ἐκκρίνεσθαί τι τῶν συνεδρευόντων τῷ ἕλκει· διακρίνεπται δὲ ταῦτα τῶν ἐκ κύστεως φερομένων τῷ φθάνειν αὐτίκα κατὰ τὴν πρώτην ἔξοδον φαίνεσθαι· τὰ δ' ἐκ τῆς κύστεως ἀναμεμίχθαι τοῖς οὔροις. Τὰ δ' ἐν αἰδοίοις ἕλκη καὶ κατὰ τὴν ἕδραν, χωρὶς φλεγμονῆς ὄντα, ξηραινόντων πάνυ δεῖται φαρμάκων." Hier könnte ich beifügen, dass dem Hippokrates die Asepsis nicht ganz unbekannt war, weil er im Buche von Geschwüren sagt, dass das Trockenmachen der frischen Geschwüre sie hindere zu eitern: „Ξηρὰ· ἀποτρέπει τά νεότρωτα ἕλκη πυΐσκεσθαι." (Hippocrat. de Ulceribus I). Was nun diese Frage anbelangt, könnten wir viele Stellen alter Schriften hier vorbringen, um zu beweisen, dass nicht nur die Asepsis, sondern auch die Antisepsis den Alten, und besonders dem Hippokrates sehr bekannt waren, obwohl sie nicht die Ursache davon wussten. Es wäre aber sehr lang, diese Frage hier zu behandeln, und deswegen schiebe ich es für eine andere Gelegenheit auf.

Galenus im Sermon VII der Hygiene, Band VI, pag. 421, spricht auch von Gaumen- und Kehlkopfskrankheiten und von grossen Geschwüren an denselben, die ganz ähnlich den auf der Haut vorkommenden sind, wie folgt: „Δριμέος δὲ τοῦ ῥεύματος ὄντος, οὐκ εἰς φωνὴν μόνην ἡ βλάβη τοις εἰρημένοις μορίοις, ἀλλὰ καὶ χαλεπω-

τάτη τις ἀνάβρωσις προσέρχεται, τοιαύτη τὴν φύσιν, ὅιας καὶ κατὰ τὸ δέρμα βλέπομεν βλαπτόμενον γινομένας ἄνευ τῆς ἔξωθεν αἰτίας."

Derselbe beschreibt auch in der Introduction (Band XIV, pag. 777) sehr deutlich verschiedene Symptome auf der Haut und dem behaarten Theile des Kopfes, die man für krankhafte Erscheinungen der an Syphilis leidenden Personen halten kann, wie folgt: „Περὶ δὲ τὸ τετριχωμένον τῆς κεφαλῆς καὶ τοῦ γενείου ἀλωπεκία, ὀφίασις, μαδαρότης, φαλάκρωσις. Τρίχες δὲ πᾶσι ῥέουσι, λεπτύνονται, θραύονται, σχίζονται, αὐχμῶσι, χνοΐζονται, ὑπόξανθοι γίνονται, πολιοῦνται."

Dioskorides im II. Bande, pag. 194, 195, 198 und 208, erwähnt verschiedene krankhafte Zustände der Genitalien, die er Fissuren, Condylomata, Geschwüre, Sklerosen und Feigen nennt, und die er mit Arsenik und anderen Mitteln behandelt, und die man mit grosser Wahrscheinlichkeit für venerisch halten kann. Er spricht sich wörtlich so aus: „Τὰ δ' ἕλκη τὰ ἐν τῷ αἰδοίῳ, τὰς ῥαγάδας, τὰς νομὰς, τὰ κονδυλώματα καὶ τὰς σύκας αἴρει ἀρσενικόν ἐπιπλασθὲν· τὰ δέ πονηρευόμενα ἕλκη καὶ σκληρίας κακοήθεις θεραπεύει βαλάνων δρυΐνων σάρξ λεία σὺν ἀξουγγίῳ ἐπιτεθεῖσα ἢ δρακοντείου ῥίζης χυλὸς καὶ ἡ ῥίζα ἐπιπλασθεῖσα."

Der berühmte Römerarzt Cornelius Celsus (53 Jahre v. Chr. bis 7 n. Chr.) macht auch Erwähnung nicht nur von verschiedenen Hautkrankheiten, die er griechisch benennt, wie auch von Elephantiasis im III. Buche, sondern spricht noch de Condylomatibus (p. 266), de Phimosi (p. 255), von Rhagaden und Papeln um den After, die aus Coitus contra naturam hervorgebracht sind, und woraus man schliessen kann, dass die Rede von venerischen Krankheiten ist.

Oribasius spricht ebenfalls von Geschwüren in den Nasengängen: „Περὶ τῶν ἐν τοῖς πόροις τῆς ῥινὸς ἑλκῶν" (Band V, p. 730, edit. Bussemacker et Daremberg); von Haarfallen „περὶ ῥεουσῶν τριχῶν καὶ ἀραιώσεως τοῦ δέρματος" (Band V, p. 523); von Phimose und Paraphimose wegen Narben in der Vorhaut oder Vegetationen, von starker Entzündung der Eichel und der Vorhaut hervorgebracht: „Φίμωσις καὶ περιφίμωσις (παραφίμωσις)· ἐκείνη μέν δι' οὐλὴν ἐν πόσθῃ γενομένην, ἢ διὰ σαρκὸς ἔκφυσιν, αὕτη δ' ἐν αἰδοϊκαῖς φλεγμοναῖς ἀποτελεῖται, ὁπόταν ἀπαχθέντος τοῦ δέρματος ὀπίσω, ἡ βάλανος ἀνοιδήσασα οὐκέτι ἐπιδέχεται τὴν πόσθην" (Band IV, pag. 466); er spricht auch von Rhagaden um die Vorhaut und von unreinen Geschwüren auf der Corona glandis: „Περὶ ῥαγάδων περὶ τὴν πόσθην, καὶ περὶ ῥυπαρῶν ἑλκῶν περὶ τὴν στεφάνην" (Band IV, pag. 602); von Urethrastricturen „περὶ συσαρκωθείσης οὐρήθρας" (Band IV, pag. 472) etc. etc. Alles

dies, glaube ich, sind im Allgemeinen Symptome von venerischen Krankheiten.

Auch Aëtius spricht von Condylomatibus an dem After, von Schamrhagaden auf dem Orificium der Vorhaut etc. (XIV, 3).

Aretaeos (V. Jahrh. n. Chr.) ebenfalls im Cap. IX, pag. 17 (edit. Kühn) beschreibt sehr genau Gaumengeschwüre, die man Aegyptische oder Syrische nennt und die sehr ähnlich den syphilitischen sind. Er sagt: "Ἕλκεα ἐν τοῖσι παρισθμίοισι γίγνεται τὰ μὲν ξυνήθεα εὐήθεα καὶ ἀσινέα, τὰ δὲ ξένεα, λοιμώδεα καὶ κτείνοντα. Εὐήθεα μεν ὁκοῖα καθαρά ἐστι καὶ σμικρὰ καὶ ἀβαθῆ, οὐδὲ ἐπιφλεγμαίνει καὶ ἀνώδυνα· λοιμώδεα δὲ ὁκόσα πλατέα, κοῖλα, λιπαρά, ἐπιπάγῳ λευκῷ ἢ πελιδνῷ, ἢ μέλανι συνεχόμενα· ἄφθαι τοὔνομα τοῖσιν ἕλκεσι . . . · ἐν κύκλῳ δὲ τῆς ἐσχάρης ἐρύθημα γίγνεται καρτερὸν καὶ φλεγμονὴ καὶ πόνος φλεβῶν, ὡς ἀπ' ἄνθρακος, καὶ μικρὰ διεξανθήματα ἀραιὰ γιγνόμενα, ἔπειτα προςεπιγιγνόμενα συνήφθη τε ἂν καὶ πλατὺ ἕλκος ἐγένετο . . . . ὅθεν Αἰγύπτια καὶ Συριακὰ ἕλκεα τάδε κικλήσκουσι."

Paul de Aegina (VII. Jahrh. n. Chr.) spricht von Condylomatibus an dem After (III, 59 und VI, 80) und beschreibt im Buche III, Cap. 59 Geschwüre in der Urethra wie folgt: „Εἰ δὲ κατὰ τὸν καυλὸν ἔνδον τῆς τοῦ αἰδοίου τρήσεως ἀφανὲς ἕλκος γένηται, γιγνώσκεται ἐκ τοῦ πῦον ἢ αἷμα κενοῦσθαι χωρὶς οὐρήσεως."

So ähnlich beschreibt Dio Chrysostomus (Anfang des II. Jahrh. n. Chr.) im zweiten Buche, Sermon 33, krankhafte Erscheinungen auf der Nase, dem Munde, den Lippen und auf dem Pharynx mit grosser Entstellung dieser Organe, woher die Stimme rasch heiser und schnarchend wird. Alle diese krankhaften Symptome sind fast an allen Einwohnern, selbst an den kleinen Kindern der Stadt Tarsos wegen ihres ganz unordentlichen Lebens hervorgetreten, wodurch die Stadt einem Prostitutionshause glich; und endlich sagt er, dass Venus aus göttlichem Zorn die Nasen vieler der Einwohner entstellt hat. Diese Stelle heisst wörtlich so: „Ἐγὼ δὲ φημὶ τοῦτο τὸ ἔργον αἰσχράν τὴν πόλιν (Ταρσὸν) ποιεῖν· καὶ ξύνηθές ἐστι καὶ τοῖς πάνυ σμικροῖς παισὶ καὶ τῶν τελείων . . . . τὸ δὲ τοιοῦτον (ἐστὶ) ἀναισχυντίας σημεῖον, ἀσελγείας τῆς ἐσχάτης . . . . τὸν δὲ ἄγριον καὶ χαλεπὸν ἦχον τίς ἂν μέτριος ἄνθρωπος ὑπομένειεν; ἀλλ' ἐὰν μὲν τις οἴκημα παριὼν ἀκούσῃ τοῦ τοιούτου, δηλονότι φήσει χαμαιτυπεῖον αὐτὸ εἶναι . . . . τοιγαροῦν ἀπὸ τῶν ὤτων αἱ γυναῖκες ἀρξάμεναι τῆς διαφθορᾶς, ἀπολώλασιν αἱ πλείους. Ἡ γὰρ ἀσέλγεια καὶ δι' ὤτων καὶ δι' ὀφθαλμῶν πανταχόθεν εἰςδύεται . . . . καὶ τουτὶ μὲν ἔκδηλόν ἐστι τὸ τῶν ῥινῶν . . . . μὴ γὰρ οἴκοθεν ὥςπερ ἑτέρῳ πολλάκις εἴς τινα μέρη κατασκήπτει, χεῖρας ἢ πόδας, ἢ πρόσωπον, οὕτω καὶ παρ' ὑμῖν ἐπιχώριόν τι



νόσημα ταῖς ῥισὶν ἐμπεπτωκέναι· μηδ' ὥςπερ Λημνίων ταῖς γυναιξί τὴν Ἀφροδίτην ὀργισθεῖσαν λέγουσι διαφθεῖραι τὰς μασχάλας, κἀνθάδε νομίζετε τῶν πλειόνων διεφθάρθαι τὰς ῥῖνας ὑπὸ δαιμονίου χόλου."

Am Ende werde ich eines alten griechischen Kirchenvaters erwähnen, Eusebius von Pamphyl, der in seiner Kirchengeschichte (VIII. Band, Cap. XIV) Maxentius beschreibt, der wegen seines sehr unordentlichen Lebens an einem fressenden Geschwüre auf den Genitalien gelitten hatte, wie folgt: „Τούτου δὲ παῖς Μαξέντιος, ὁ τὴν ἐπὶ τῆς Ῥώμης τυραννίδα συστησάμενος εἰς πάσας ἀνοσιουργίας ὀκείλας, οὐδὲν ὅ, τι μιαρίας καὶ παντοίας ξυντελῶν φθορὰς διαζευγνὺς γέ τοι τῶν ἀνδρῶν τὰς κατὰ νόμον γαμετὰς, ταύτας ἐξυβρίζων ἀτιμότατα τοῖς ἀνδράσιν αὖθις ἐπέπεμπε . . . . Ἀθρόα μὲν γὰρ περὶ τὰ μέσα τῶν ἀποῤῥήτων τοῦ σώματος ἀπόστασις γίγνεται αὐτῷ, εἶθ' ἕλκος ἐν βάθει συριγγῶδες καὶ τούτων ἀνίατος νομὴ κατὰ τῶν ἐνδοτάτῳ σπλάγχνων . . . ."

Wir könnten hier noch viele andere Stellen der altgriechischen Autoren beisetzen; aber wir glauben, es ist genug zur Unterstützung unserer Meinung, dass die venerischen Krankheiten im Allgemeinen den Alten nicht ganz unbekannt waren.

## II.

Im kürzesten werde ich von dem Charakter der venerischen Krankheiten in Griechenland sprechen.

Diese Krankheiten waren in Griechenland vor dem Aufstande des Volkes im Jahre 1821 sehr selten, weil das nüchterne Leben und die strengen Sitten, sowie die frühzeitige Eheverbindung bei uns (die Männer heirateten damals höchstens um das 20. und die Frauen um das 16. Jahr) die Ursachen der grossen Seltenheit dieser Krankheiten waren. Erst später, nach der Errichtung unseres Königreiches im Jahre 1833, trug die grosse Entwicklung der Communicationsmittel, besonders über das Meer, dazu bei, dass diese Krankheiten, und besonders die Syphilis, auch in Griechenland sehr gewöhnlich wurden. Jedoch läuft die Lues jetzt auch bei uns sehr mild ab, wie ich aus eigener vieljähriger Erfahrung mich überzeugt habe, und ich glaube mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass der milde Ablauf dieser Krankheiten in Griechenland aus folgenden Gründen hervorgeht: aus der grossen Furcht der Leute vor dieser Krankheit, weswegen sie frühzeitig nach Ansteckung ärztliche Hilfe suchen und aus der den Griechen eigenen ungewöhnlichen Geduld auf lange Zeit die nöthige Behandlung durchmachen, vielleicht auch aus dem sehr seltenen Missbrauche der alkoholischen Getränke, vielleicht aus dem warmen und sehr trockenen Klima, das wahr-

scheinlich nicht sehr günstig für die Entwicklung und die weitere Cultur des syphilitischen Virus ist.

Im Gegentheile sind die venerischen Katarrhe in Griechenland sehr verbreitet, wie auch in allen südlichen Gegenden seit der alten Zeit. Deshalb vielleicht finden sich bei den Hebräern und den Ottomanen jene religiösen Verordnungen zur Reinlichkeit der Genitalien, wie auch zur Circumcision der Vorhaut.

III.

Endlich werde ich nur wenige Worte von der bei uns Spyrokolon genannten Syphilisform sprechen. Spyrokolon, nach der Composition des Wortes, heisst Papel an dem After, und es ist eine Syphilisform, die sich vorzüglich im Anfang um den After und auf dem Scrotum wie auch auf den Genitalien beider Geschlechter durch verschiedenartige Exantheme, besonders Papeln, und dann auch in den verschiedenen übrigen Körpertheilen erscheinen lässt. Diese Syphilisform ist zum ersten Male in einigen Gegenden Griechenlands während des Freiheitskrieges im ersten Viertel dieses Jahrhunderts ausgebrochen und wurde durch die türkischen Armeen, die aus Albanien, Asien, Afrika und besonders aus Aegypten einstürmten, übertragen. Diese Syphilisform, gewöhnlich ohne deutliche primäre Erscheinungen, zeigte sich oft auf der Haut als Roseola syphilitica, dann als Papulae und Squammae syphiliticae, oder seltener als Erythema syphiliticum. Später entwickelten sich Gaumen- und Nasengeschwüre, die sich verbreiteten auf die Knochen des harten Gaumens, der Nase und der Stirne, und erzeugen sehr grosse Entstellungen aller dieser Organe mit grossen hässlichen Narben.

Das Spyrokolon beherrschte um das Jahr 1835 quasi endemisch verschiedene kleine Städte und Dörfer Griechenlands, besonders eine kleine Stadt am Peloponnes, die Leonidion heisst, und die nicht mehr als 600 Einwohner enthält, von welchen 200 Männer, Frauen und selbst kleine Kinder erkrankten. Die Krankheit wurde bei den meisten der Einwohner durch die Ammen übertragen, weil dort keine Ammen ex officio existirten, sondern das Kind der Nachbarin säugte die Mutter-Nachbarin und so weiter, dass die Syphilis auch in die besten Familien der Stadt verschleppt wurde. Diese Syphilisform ward damals von den Aerzten verkannt, weil man die Syphilis um diese Zeit noch nicht sehr genau studirt hatte; deswegen hatte damals unsere Regierung kleine Spitäler

errichtet, in welchen die Krankheit mit dem besten Erfolge durch das Quecksilber bekämpft wurde.

Von dieser Syphilisform war auch die Rede am internationalen Congress hier in Wien unter der Präsidenz meines unvergesslichen Lehrers, des Prof. Oppolzer, im September des Jahres 1856, in welchem Prof. Sigmund sich äusserte, dass diese Krankheit, die man in Triest und Dalmatien Skerlievo nennt, in anderen Gegenden mal del Brenno oder Tyrolerseuche, in Griechenland Spyrokolon, nichts anderes als Syphilis ist. O. präsentirte dem Congresse 14 Abbildungen und acht solche Kranke.

---

Herr Giovannini (Turin):

## Delle alterazioni istologiche dell' alopecia sifilitica e del loro rapporto con quelle dell' alopecia areata.

Signori,

Mi propongo di communicarvi, in riassunto, i risultati definitivi di ricerche che ho istituite allo scopo di stabilire: 1° quali sono le alterazioni anatomo-patologiche dell' alopecia sifilitica; 2° quali sono le analogie e le differenze che esistono fra le alterazioni anatomo-patologiche di questa alopecia e quelle, già da me rese note, dell' alopecia areata. La forma di alopecia sifilitica che ho fatto oggetto di studio, e della quale soltanto intendo trattare, si è quella che suole presentarsi nel periodo secondario della sifilide indipendentemente da qualsiasi apparente lesione della pelle, e che comunemente viene considerata come diatesica o primitiva.

Queste mie osservazioni sull' alopecia sifilitica sono state compiute su ventiquattro pezzetti di cute del capillizio, asportati da altrettanti soggetti viventi. In ciascuno di questi l' alopecia trovavasi nelle più svariate condizioni per rispetto ad importanza ed a durata. Il maggior numero degli individui prescelti non presentava al capillizio nessun altra manifestazione morbosa all' infuori dell' alopecia: gli altri avevano qua e là crosticine d'impetigine specifica. In quest' ultimo caso si ebbe cura di escidere la pelle lontano da queste, laddove essa non dava a vedere alterazione alcuna.

Nella preparazione della pelle e nello studio dei peli, ho seguito lo stesso metodo usato in antecedenti lavori, che, per essere già noto, non starò qui a ripetere.

All' esame microscopico, nella pelle aff
tica si riscontra, quale alterazione principale,
ai vasi di leucociti mononucleati, che col
parte inferiore dei follicoli pilari, e soltanto i
resto della cute : si trova, in una parola, una
pilare profonda.

Quest' infiltrazione di leucociti dell' alo
la più grande analogia con quella dell' alope
e nell' altra alopecia i leucociti hanno ca
distribuiti presso a poco nello stesso modo n
della pelle, e danno luogo in queste parti ad in
pressochè uguale. Trattandosi di alopecia
il numero dei follicoli infiltrati è così grand
come nell' alopecia areata.

Soltanto le seguenti differenze è dato di
di comportarsi del processo morboso nell'
Nell' alopecia sifilitica il massimo di estensi
alla parte inferiore dei follicoli esiste, nel pi
della porzione bulbare, mentre nella alopeci
solito, in corrispondenza di questa stessa porz
queste alopecie si osserva talfiata, in corris
zione, una dilatazione dei vasi, specie di quel
notevole, non suole osservarsi nella seconda.
la papilla è assai meno di frequente colpita
lare che non nell' alopecia areata e, in ogni
così gravemente come in quest' ultima affezion
nell' alopecia sifilitica le cellule del pelo, ci
in nessun caso si rinvengono così fortemente
come talvolta si osserva nell' alopecia areata.
grave della prima di queste alopecie, si trova
colpito dal processo infiammatorio, vuoi il glo
sudoripare, vuoi il corpo delle glandole se
parti di tali glandole nell' alopecia areata si
immuni dall' infiltrazione. Come si vede, si tra
più di dettaglio che sostanziali, le quali certa
servire di sicura base per una diagnosi anato

Passando ai peli contenuti nei follicoli
alopecia sifilitica, cadono in preda ad una
regressive che, per la loro natura e per la
si presentano, devono considerarsi come seco
dei follicoli. Nella matrice del pelo e in quell

interna, le mitosi diminuiscono di numero sino a scomparire talvolta del tutto. Queste scemano pure di numero nella guaina radicale esterna. Il pigmento nel pelo scema a poco a poco sino a venire meno interamente. Nel pelo e nella guaina radicale interna le cellule qua e là degenerano e si disfanno. In conseguenza di ciò, il pelo, dalla sua matrice verso l' alto, va man mano struggendosi sino all' estremo superiore del collo. La guaina radicale interna essa pure si disgrega e scompare. Il fusto del pelo, sciolto così dai principali legami che lo univano al follicolo, presto o tardi si stacca. Il follicolo, infine, cade in preda alla comune atrofia.

Dal confronto di queste alterazioni regressive dei peli con quelle dell' alopecia areata, ecco quanto risulta. Nell' alopecia sifilitica la degenerazione cellulare nelle diverse parti del pelo si presenta presso a poco con apparenza uguale a quella dell' alopecia areata, con questa differenza soltanto che, mentre taluna volta nell' ultima di queste alopecie la degenerazione cellulare ha luogo a focolai ed è seguita dalla formazione di cavità, ciò non si osserva mai nella prima. Nell' alopecia areata il collo del pelo degenerato si trova pure talvolta notevolmente assottigliato, mentre nell' alopecia sifilitica l' assottigliamento di questa parte o non esiste o, se esiste, non è mai così marcato come nell' alopecia areata. Prescindendo da queste lievi differenze, nel resto le alterazioni che hanno luogo nel collo del pelo e che hanno per conseguenza la sua distruzione, presentano nei due casi una grande somiglianza. È bensì vero che nell' alopecia sifilitica mai si osserva, dopo il distacco dei peli, né l' atrofia dei follicoli spinta al di là dei limiti fisiologici, nè l' atrofia delle glandole sebacee riscontrata nell' alopecia areata di lunga durata, ma l'assenza di queste alterazioni, conseguenza evidentemente del fatto che la prima di queste affezioni non persiste mai così a lungo quanto la seconda, non può valere a menomare l' accennata somiglianza.

Le presenti ricerche istologiche, dunque, dimostrano che la caduta dei peli, la quale, indipendentemente da apparenti lesioni cutanee, suole presentarsi nel periodo secondario della sifilide, non ha già, come si era creduto sin quì, sua ragione nè nella anemia, nè nella distrofia dei follivoli pilari, nè nella atrofia della papilla ecc., ma bensì in un processo morboso ben determinato (follicolite pilare profonda). Esse, inoltre, forniscono una cognizione affatto nuova, e forse non priva di qualche interesse, quale si è appunto quella della grande analogia che esiste, sotto il rapporto dell' anatomia patologica, fra l'alopecia sifilitica in parola e l'alopecia areata.

A dimostrazione di una parte delle cose che ho avuto l' onore di esporvi, vi presento, o Signori, alcune fotografie microscopiche ricevute da preparati originali.

---

Herr Schwimmer (Budapest):

**Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luëtischen Affectionen.**

Die Erkrankungen der Niere in Folge constitutioneller Syphilis waren den älteren Aerzten nicht bekannt, und die von Valsalva, Morgagni und anderen Autoren erwähnten Nierenbefunde bei Autopsien syphilitischer Individuen sind ganz ohne Bedeutung. Erst die epochalen Arbeiten des Engländers Richard Bright (1827), die auf anatomischen Studien fussten, hatten die Natur und das Wesen einer Reihe von Nierenleiden überhaupt ergründet und zu der Erkenntniss geführt, dass ein grosser Theil dieser Affectionen mit den verschiedenen Organerkrankungen des Körpers in directem Zusammenhange steht. So kam es, dass man bei weiteren Forschungen, die nach dieser Richtung hin angestellt wurden, erkannte, dass nicht nur selbstständige Erkrankungen der Niere vorkommen können, sondern auch System- und Parenchymerkrankungen in von der Niere entfernter liegenden Organen (wie Lunge, Herz, Leber, Milz) die Ursache schwerer und tödtlich endigender Nierenleiden abzugeben vermögen, sowie dass Erkrankungen allgemeiner Natur nachhaltige Veränderungen in der Niere und ihrer Secretion zur Folge haben können. Zu den Leiden allgemeiner Natur gehören die Tuberculose, die Skrophulose, der Rachitismus, die Carcinosis und auch die Syphilis.

Die Nierenaffectionen, welche nun in Folge von Syphilis auftreten, kommen in mehrfacher Form zur Beobachtung. Eine dieser Formen ist die Knotenbildung im Nierengewebe, das Gumma syphiliticum, das in Entwicklung und histologischem Baue identisch ist mit dem Knotensyphilid anderer Organe und eine eigentliche Granulationsgeschwulst darstellt. Eine andere Form der syphilitischen Erkrankung ist die parenchymatöse, sowie die interstitielle Nephritis und schliesslich bildet die amyloide Nierendegeneration gleichfalls eine Ausgangsform der constitutionellen Syphilis.

Eines der constantesten Symptome der Nierenerkrankung, gleichviel, ob das Stroma des Gewebes, die Harnkanälchen oder

die Nierengefässe pathologisch umgewandelt werden, ist die Albuminurie. Dieselbe kann auf mehrfache Weise zu Stande kommen und ist bald als der Ausdruck einer gesteigerten Congestion, bald als die Folge einer wirklichen Entzündung oder schliesslich als ein Symptom der Nierendegeneration zu betrachten. Oft bildet die Albuminurie nur eine Theilerscheinung einer im Organismus latent sich entwickelnden Erkrankung, und man wird durch das Vorhandensein derselben erst aufmerksam gemacht, dem Verhalten des Organismus eine eingehendere und sorgfältigere Untersuchung zu schenken. In einer weiteren Reihe von Fällen, wie bei den infectiösen acuten Erkrankungen: Blattern, Scharlach, Diphtheritis, Typhus u. s. w., wird die Niere durch eine den Körper befallende Noxe direct getroffen; die pathogenen Bakterien machen die Niere krank, gerade so wie sie in den anderen Organen eine pathologische Veränderung hervorrufen.

Bei den chronischen Infectionserkrankungen ist ein Ergriffensein der Niere in gleicher Weise wie bei den acuten Leiden zu finden, nur ist hier der Gang der Erkrankung ein langsamerer und das Vorhandensein einer Albuminurie ein wechselndes.

Die Syphilis verhält sich in dieser Beziehung ebenso wie die Tuberculose, der Rachitismus u. s. w., und wir sehen, dass die Nieren in der ganzen Reihe dieser und analoger Erkrankungen häufig verändert zu sein pflegen.

Dass die Albuminurie im Verlaufe der Syphilis vorkommt, wurde zuerst von einigen englischen Aerzten, wie Gregory, Blackall, Wells u. A., geäussert, doch haben diese Autoren den Eiweissbefund dem Quecksilber, das während der syphilitischen Erkrankung verabreicht wurde, zugeschrieben. Dieser Auffassung trat jedoch zuerst Rayer mit aller Bestimmtheit entgegen, und dieser hervorragende Forscher äusserte sich damals wie folgt: »Il n'est pas facile de bien apprécier l'influence, que peut exercer la syphilis constitutionelle sur le développement de la néphrite albumineuse, car il est bien rare de voir cette dernière maladie chez des individus atteints de Syphilis constitutionelle, qui n'aient pas été soumis à l'action d'autres causes dont l'influence sur le développement des maladies de reins ne peut-être contestée. Cependant j'ai vu des cas où l'influence de l'affection vénerienne constitutionelle m'a paru si frappante, que je n'ai pas hésité a attribuer au moins en grande partie le développement des maladies des reins à la cachexie vénérienne.«[1]) Wenn Rayer sich so bestimmt für die

[1]) Traité pratique des maladies des reins. Paris 1830, I, p. 485.

Möglichkeit des Vorkommens der Albuminurie bei Individuen äussert, die syphilitisch krank waren, ohne noch einer antiluëtischen Cur unterworfen gewesen zu sein, so muss er wohl die Albuminurie direct mit der Syphilis in Zusammenhang gebracht haben.

Dass in den vorgeschrittenen Stadien der Syphilis Erkrankungen der Nieren auftreten können, wurde von einer ganzen Reihe von Autoren, welche theils durch eine genaue ärztliche Beobachtung, theils durch Autopsien das Ergriffensein derselben zu constatiren vermochten, bestätigt. Die einschlägigen Mittheilungen sind jedoch nicht immer einwurfsfrei, da mitunter andere begleitende Krankheitszustände leicht den Verdacht zu erwecken vermochten, dass das Nierenleiden, von anderen Ursachen abhängig, nicht durch die Syphilis, sondern eben durch eine concomitirende Erkrankung veranlasst worden sein könnte. Es handelt sich demnach in solchen Fällen vornehmlich um die Dauer der Nierenerkrankung, denn wenn selbe zu einer gleichen Zeit sich kundgab, wo eine Syphilisinvasion im Körper erfolgte, so ist die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges beider Erkrankungen nicht gerechtfertigt. Martinel[1] erwähnt beispielsweise das Vorhandensein einer hochgradigen Albuminurie als Folge von Syphilis bei einem Individuum, welches drei Wochen vor seiner Aufnahme in das Spital einige nicht indurirte Schanker hatte, aber an chronischer Blennorrhöe litt. Martinel hielt die Albuminurie in diesem Falle für ein Symptom der Syphilis. Da aber die Induration nicht constatirt war, secundäre Symptome nicht bestanden und auch zu jener Zeit andere Zeichen der Syphilis fehlten, so ist die Annahme einer syphilitischen Albuminurie in diesem Falle, da selbe zugleich mit den Schankern sich entwickelt haben musste, nicht begründet. Eine derartige Albuminurie darf wohl nicht auf Rechnung einer noch nicht constatirten Syphilis gesetzt werden. Das Gleiche gilt für solche Fälle, wo eine Albuminurie vor dem Auftreten der Syphilis bestand. In einem Falle, den Barthelémy[2]) zu beobachten Gelegenheit hatte, war bei einer 26jährigen Frauensperson, die nach einem Wochenbette an einer schweren Nephritis erkrankt war, im Verlaufe der letzteren Syphilis an Haut und Schleimhäuten aufgetreten. Während nun letzteres Uebel einer länger dauernden antiluëtischen Behandlung wich, hatte sich die Albuminurie nicht verloren, und Patientin verliess nach einer viermonatlichen Behandlung das Spital mit fortbestehender Albuminurie.

---

[1]) France médicale 1881.

[2]) Annal. de Dermat. 1881, Bd. VII, p. 279.

Man hat deshalb nur dann das Recht, eine Albuminurie als von Syphilis abhängig zu bezeichnen, wenn man den Organismus schon als durchseucht betrachten kann, was gewöhnlich in den Stadien der sogenannten secundären und tertiären Syphilis gestattet ist. Derartige Beobachtungen sind um so wichtiger, wenn die Krankheitserscheinungen im Leben sehr manifest sind und die in vivo constatirte Diagnose eines Nierenleidens zufällig auch durch vorgenommene Autopsien bestätigt wird. Einschlägige Mittheilungen dieser Art wurden veröffentlicht von Wagner,[1]) der achtmal acuten Morb. Brightii bei Individuen fand, die mit ulcer. Syphilis und tertiären Affectionen behaftet waren, von Lanceraux[2]), der unter 20 Fällen von Eingeweidesyphilis viermal interstitielle Nephritis sah, ferner von Barthelémy[3]), Axel Key[4]), Grainger Steewart[5]), Beer[6]), Cornil[7]), Klebs[8]), Spiess[9]) u. v. A., welche theils über vereinzelte, theils über eine grössere Zahl von Nierenaffectionen dieser Art zu berichten wussten.

Je weiter vorgeschritten das Stadium der Syphilis ist, desto häufiger kommt es zu den schweren Nierenerkrankungen, namentlich zur interstitiellen oder amyloiden Nephritis, und man wird letztere Formen in besonders grosser Zahl bei hereditär Syphilitischen finden; sowohl bei in dem frühesten Lebensalter Verstorbenen als auch in Fällen der Syphilis hereditaria tarda; doch ist das Vorhandensein einer chronischen parenchymatösen Nephritis gleichfalls zu beobachten.

Vor einigen Jahren hatte ich auf meiner Klinik einen Fall von Syphilis hereditaria tarda durch längere Zeit zu beobachten Gelegenheit, bei dem gerade die Nierenaffection das wesentlichste Krankheitssymptom bildete. Der Fall, den ich seinerzeit in extenso veröffentlichte[10]), dessen Bekanntmachung aber keine weitere literarische Verwerthung fand, möge in seinen Hauptzügen kurz mitgetheilt werden.

---

[1]) Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. XXVIII, p. 94.
[2]) Traité historique et pratique de la Syphilis. 1873, p. 233.
[3]) Ann. de Derm. 1881—1888, Bd. III bis Bd. VIII.
[4]) Syph. of the Kidney's and heart. Lond. Med. Rec. 1877, p. 490.
[5]) Edinburgh med. journal 1867, p. 97.
[6]) Die Eingeweidesyphilis. Tübingen 1867.
[7]) Leçons sur la Syphilis 1879, p. 441.
[8]) Handbuch der path. Anatomie, Bd. I, p. 649.
[9]) Inaugural-Dissert. Berlin 1870.
[10]) Orvosi hetilap 1877, und Pest. Med.-chir. Presse 1877, Nr. 43—45.

Ein 23 Jahre altes, schlecht genährtes, im Wachsthum zurückgebliebenes Mädchen kam zur Aufnahme wegen eines ausgebreiteten, hauptsächlich Brust und Rücken bedeckenden Hautleidens, welches grosse Kreissegmente bildende Geschwürsflächen von meist convexer Configuration aufwies. Zahlreiche, theils strahlige, theils vertiefte Narben an den Grenzen einzelner mit Borken bedeckter Geschwüre liessen annehmen, dass an diesen Stellen früher ähnliche Substanzverluste bestanden haben mussten; überdies waren einzelne Partien in Vernarbung begriffen, andere stark eiternd, durch wulstige Ränder ausgezeichnet. Die Diagnose konnte leicht auf Syphilis gestellt werden. In Anbetracht des frühzeitigen Auftretens und der langen Dauer des Uebels, sowie der unentwickelten Constitution, des rachitischen Aussehens des um 10 Jahre jünger, als sein wirkliches Alter war, erscheinenden Mädchens konnte man annehmen, dass man es mit einer hereditär syphilitischen Erkrankung zu thun hatte. Ausser den andeutungsweise angegebenen Veränderungen der Haut bestand zur Zeit des Eintrittes in das Krankenhaus eine geringe Aorteninsufficienz, Hydrops und Anasarca. Die Untersuchung des spärlich abgesonderten, reichlich sedimentirenden Urins zeigte ein specifisches Gewicht von 1·014 und reichlichen Eiweissgehalt; es war demnach ein schweres Nierenleiden vorhanden, welches als der Ausgangspunkt der bestehenden Wassersucht gelten musste. Patientin blieb nahezu 6 Wochen in Behandlung, und es wurde während dieser Zeit die 24stündliche Harnmenge täglich gemessen. Die ursprüngliche Menge von 400 Cubikcentimetern hatte sich jedoch in der Zwischenzeit, bei allmälig sich besserndem Befinden, vorübergehend bis auf 1000 bis 1050 Cubikcentimeter gehoben. Dieses Quantum ging aber rasch wieder auf 600, 500 und schliesslich bis zu dem am Ende der fünften Woche erfolgten Tode auf 400 Cubikcentimeter zurück. Der Nierenbefund lautete bei der Obduction wie folgt: »Beide Nieren schlaff, ihre Rinde verbreitert, blutarm, nur in den Malpighi'schen Knäueln blutreich, auf graulichgallertähnlichem Grunde chamoixgelbe Punkte und Streifen zeigend; die Pyramiden relativ blutreich.«

Dieser Befund sprach für den Bestand einer chronischen parenchymatösen Nephritis, stellenweiser Schrumpfung des interstitiellen Gewebes und zahlreichen miliaren Knoten, wahrscheinlich syphilitischer Natur, denn — obgleich grössere Knoten (Gumma) in den Nieren fehlten — fanden sich andererseits in der Leber syphilitische Narben vor, desgleichen in den Schädelknochen.

Bei hereditärer Syphilis ist auch von anderer Seite das öftere Vorkommen einer Nierenaffection nachgewiesen worden, und unter den Todesursachen der an Syphilis congenita verstorbenen Kinder spielt diese Affection eine wichtige Rolle. Bei Erwachsenen verhält sich die Sache analog, nur mit dem Unterschiede, dass man bei Nachweis der Albuminurie und Constatirung der Syphilis durch eine zweckmässige Behandlung den Patienten vor einem letalen Ausgange, der eben durch die Nierenaffection bedingt zu werden pflegt,

leichter bewahren kann. Es hat demnach überall, wo eine Albuminurie im Vereine mit anderen Zeichen der Syphilis nachzuweisen ist, die Annahme einer syph. Nierenerkrankung die grösste Berechtigung, und eine mit Umsicht geleitete entsprechende Behandlung ist für den Kranken oft von lebensrettender Bedeutung.

Es sei mir gestattet, an dieser Stelle eine einschlägige ältere Beobachtung aus meiner Privatpraxis mitzutheilen,[1]) die zur Illustration des Gesagten dienen kann. Eine mir zur Behandlung überwiesene 26 Jahre alte Frau, die bis zu ihrem 18. Jahre vollkommen gesund war, erkrankte um diese Zeit an einem Geschwür der Unterlippe mit nachträglicher Schwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen. Die Diagnose einer syphilitischen Erkrankung wurde von dem behandelnden Arzte gestellt, die Behandlung aber sehr lax gehandhabt. Pat. heiratete mit 20 Jahren, gebar zwei gesunde Kinder, die heute noch am Leben sind und ein drittes, welches in der dritten Lebenswoche mit der Mutter gleichzeitig an Variola erkrankt und im Verlaufe derselben gestorben war. Nach überstandener Variola trat die mehrere Jahre hindurch latent gebliebene Syphilis wieder in den Vordergrund, es traten Geschwüre an den Unterschenkeln auf, es stellten sich rheumatische Schmerzen in den Extremitäten und anhaltende Cephalalgie ein, und schliesslich kam es nach mehrwöchentlicher Dauer dieses Zustandes unter heftigen, einige Tage anhaltenden Fieberbewegungen zu einer ziemlich intensiven Hämaturie. In diesem Zustande kam die Patientin in meine Behandlung. Ich fand ausser grösseren Blutmengen im Harn starken Eiweissgehalt und reichliche Harncylinder. Nach dem Auftreten der Hämaturie hörte das Fieber gänzlich auf und auch die anderen Erscheinungen liessen bedeutend nach, der Harn war wieder gelblich, wenig sedimentirend, von 1016 spec. Gew., aber dennoch eiweisshältig mit einer ziemlichen Menge von Harncylindern. Nachdem die Hämaturie sich im Laufe einer je 14tägigen Pause noch zweimal wiederholt eingestellt hatte, ohne sich auf die verabreichten Styptica (Tannin, Eisen und Chinin) zu verlieren, unternahm ich in Rücksicht auf die vorhandenen syphilitischen Hautgeschwüre eine antiluëtische Cur mit Verabreichung von Decoct. Zittmani. Drei Wochen darauf war Pat. von ihrer Hämaturie und der bestandenen Nephritis gänzlich geheilt und die Hautsyphilis zum Schwinden gebracht. Pat., die noch lebt, blieb seit jener Zeit von weiteren

[1]) Wiener med. Wochenschr. Nr. 47, 1872.

Syphilisausbrüchen verschont und ist bis auf den heutigen Tag vollkommen gesund.

Fälle solcher Art gehören nicht zu den Seltenheiten, und wenn eine sichtbare Haut- oder Schleimhautsyphilis irgend welchen Aufschluss über die Ursache der Nierenaffection gestattet, so ist die einzuschlagende Behandlung zumeist von Erfolg begleitet. Oft ist aber die Ursache des Nierenleidens dunkel und, da kein manifestes Zeichen für den Bestand der Syphilis aufzufinden ist, auch die Vornahme einer richtigen Behandlung erschwert. Die syphilitische Nephritis tritt sehr oft schleichend auf, Pausen von relativem Wohlbefinden wechseln oft mit den Erscheinungen einer nicht minder intensiven Albuminurie, und es möge ein für den Praktiker wohl zu beherzigender Rathschlag sein, in solchen Fällen, wo eine bestimmte Ursache für das Vorhandensein einer Nephritis nicht nachzuweisen ist und nur der geringste Verdacht auf ein früheres syphilitisches Leiden besteht, seine therapeutische Aufmerksamkeit auf diesen Umstand zu richten. Dass man in solchen Fällen ein günstiges Resultat zu erzielen vermag, möge nachfolgende Beobachtung beweisen.

Ein 45 Jahre alter Mann, der vor mehreren Jahren wegen einer hartnäckigen Psoriasis palmaris, sowie einzelner von Zeit zu Zeit sich einstellender syphilitischer Spätaffectionen auf der Haut des Stammes und öfter recidivirender Plaques der Mundschleimhaut unter meiner Behandlung stand, hatte die ihm verordneten antiluëtischen Curen sehr unregelmässig und nachlässig gebraucht. Trotz der latenten Syphilis hatten sich in der Ehe keine üblen Folgen des Leidens weder für seine Frau, noch für seine Kinder gezeigt. Nach einer im Laufe der Jahre verstrichenen Pause von ca. 5 Jahren, während welcher Patient sich eines gänzlichen Wohlbefindens erfreut hatte, erkrankte derselbe an asthmatischen Beschwerden, die von dem ihn nun behandelnden Arzte von einer mässigen excentrischen Hypertrophie des linken Ventrikels abgeleitet wurden und gegen welche Jodkali und Luftveränderung sich äusserst günstig erwiesen. Einige Wochen später trat Albuminurie mit reichlichem Gehalte an Harncylindern trotz anhaltenden Jodkaligebrauches auf, und da kein greifbarer Anhaltspunkt für die Erklärung dieses Leidens gefunden werden konnte, wandte sich Patient um Rath an mich, da ich, wie bemerkt, den Kranken schon früher öfter mit Erfolg behandelt hatte. Ich stellte im Vereine mit dem Hausarzte des Patienten die Möglichkeit fest, dass die Albuminurie von der längere Zeit hindurch bestandenen Syphilis abhängig sein könnte.

Auf Grund dieser Annahme wurde nun eine Inunctionscur eingeleitet, welche in der That von dem besten Erfolge begleitet war, da die Albuminurie nebst dem Harncylinderbefunde innerhalb einer vierwöchentlichen Behandlung gänzlich zum Schwinden kam.

Es war demnach in diesem Falle trotz des Fehlens jeglicher sichtbaren syphilitischen Erkrankung die Annahme einer latenten Syphilis eine vollkommen berechtigte.

Die Nephritis syph. ist an kein Stadium der Allgemeinerkrankung gebunden; oft begleitet sie die Haut- und Schleimhautsyphilis in den Stadien ihres Auftretens, oft ist sie wieder ein Symptom der syphilitischen Cachexie und als Degenerationsprocess zu betrachten, der im Gefässsystem überhaupt und in specie in den Gefässen der Niere zum Ausbruche kommt. Der Natur des Leidens entsprechend, wird die Albuminurie, sowie die Nephritis selbst, in der ersten Form ihres Auftretens leichter zu beheben sein, als in dem Stadium einer späteren Erkrankung. Man kann vielleicht für keine Form der Albuminurie eine so günstige Prognose stellen, als für die luëtische, es handelt sich hiebei immer nur um die Erkennung der Erkrankung in ihrem Frühstadium; doch selbst in den Stadien der vorgeschrittenen Erkrankung (tertiäre Syphilis) vermag eine richtig geleitete antisyphilitische Behandlung sehr befriedigende Resultate zu erzielen, indem alle manifesten Erscheinungen der Syphilis und selbst die in der Niere vorhandenen Erkrankungen, sobald noch keine dauernden Gewebsveränderungen daselbst aufgetreten sind, zur Besserung gelangen können.

Aus dem bisher Angeführten ist zu entnehmen, dass die Zusammengehörigkeit gewisser Formen der Nierenerkrankung und demzufolge auch mancher Formen der Albuminurie mit der constitutionellen Syphilis eine wohlconstatirte Thatsache bildet; trotzdem weist dieser Erfahrungssatz einzelne Lücken auf, welche einer weiteren Forschung bedürfen. Vereinzelte Krankheitsbeobachtungen genügen aber nicht immer zur Aufhellung gewisser dunkler Punkte, und darum liess ich es mir angelegen sein, diesem Gegenstande in einzelnen Details eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Zu diesem Behufe wurden alle im Laufe des verflossenen Jahres auf meiner Abtheilung zur Behandlung gekommenen Syphiliskranken einer ständigen Beobachtung und Untersuchung unterworfen und mit der Aufnahme und Prüfung jedes einzelnen Falles Herr Dr. Justus, Praktikant auf meiner Abtheilung, betraut, der sich dieser Aufgabe mit grösstem Fleisse und voller Sachkenntniss unterzog.

Es wurde jeder zur Spitalsaufnahme gelangte Fall eingehend untersucht, die vorhandenen Haut- und Schleimhautaffectionen genau festgestellt und der Harn jedes Kranken während der ganzen Dauer des Spitalsaufenthaltes täglich auf den Albumingehalt geprüft.

Die Erforschung, die ich bei diesem Vorgehen vor Augen hatte, erstreckte sich auf die folgenden Fragen:

1. Zeigte sich bei der Aufnahme des Kranken Eiweissharnen; litt er demnach an Albuminurie vor der Spitalsbehandlung?

2. Konnte man durch die antiluëtische Behandlung Albuminurie oder irgend ein Nierenleiden sich entwickeln sehen?

3. Wich eine bestehende oder während der Behandlung aufgetretene Albuminurie der antiluëtischen Therapie?

ad 1) Unter den zur Untersuchung gelangten und das einschlägige Beobachtungsmaterial bildenden 250 Kranken fanden sich blos 3 Patienten, welche zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus Albuminurie aufwiesen. Es ist dies eine kaum nennenswerthe Zahl (1·2 Procent), besonders wenn man bedenkt, welche schwere und vorgeschrittene Krankheitsformen zur Beobachtung gelangen. Die bezüglichen drei Krankheitsfälle waren in Kürze folgende:

a) Ein 19jähriges Mädchen, welches nach seiner Angabe vor beiläufig 4 Monaten an einem Primäraffect erkrankt war und sich bisher noch keiner Behandlung unterzogen hatte, zeigte bei der Spitalsaufnahme eine grosse Anzahl von Condylomen an den beiderseitigen Labien. Die Leistendrüsen waren geschwellt, vergrössert, theilweise empfindlich; Nackendrüsen gleichfalls bedeutend infiltrirt, unempfindlich. Auf der allgemeinen Decke war mit Ausnahme dreier, isolirt stehender, pfennig- bis thalergrosser, wenig secernirender Geschwüre nichts Abnormes zu finden. Schleimhäute der Mund- und Rachenhöhle intact. Der Albumingehalt betrug bei der Aufnahme circa 1—2 per Mille (nach Essbach) nebst reichlichen Harncylindern. Nach einer dreiwöchentlichen, mit Sozojodol-Hg durchgeführten antisyphilitischen parenchymatösen Injectionscur verschwand das Eiweiss sammt den Harncylindern gänzlich aus dem Harne. Unter Einem waren Condylome und Hautgeschwüre zum Schwinden gebracht.

b) Ein 26 Jahre alter Handwerker, welcher vor vier Jahren an Syphilis erkrankt und mittelst Inunctionscur seinerzeit geheilt war, zeigte bei der Spitalsaufnahme ausser breiten Condylomen rings um die Nates keine manifesten Syphiliserscheinungen. Die Haut rings um die Knöchel war beiderseits ödematös geschwellt, sonst jedoch nirgends ein Zeichen eines Oedems darbietend. Der Harnbefund ergab 3[illegible] Eiweiss und geringen Gehalt an hyalinen Cylindern. Patient erhielt

ausser einigen Hg-Injectionen und localer Anwendung von Emplastr. Hydr. keine weitere Behandlung. Nach einem vierwöchentlichen Spitalsaufenthalte und gänzlicher Rückbildung der Condylome wurde Patient auf dringenden Wunsch entlassen, doch hatte die Nierenaffection keine wesentliche Veränderung erfahren. Die Eiweissmenge war die gleiche wie zur Zeit der Aufnahme, nur das Oedem um die Knöchel war gänzlich geschwunden.

c) Dieser Fall betraf eine 38 Jahre alte Witwe, die ziemlich gut genährt, vor beiläufig 2—3 Monaten inficirt worden sein dürfte, da sie zur Zeit ihrer Aufnahme am rechtsseitigen Labium majus ein induratives Oedem mit einer seichten, circa bohnengrossen Excoriation und gleichzeitig am linksseitigen Labium mässig infiltrirte, breite Papeln aufwies. Der Harn zeigte wenig Eiweissgehalt (unter 1 pro Mille), welche Menge sich kurz nach Beginn der Behandlung gänzlich verlor, ohne sich, während eines vierwöchentlichen Spitalsaufenthaltes, wieder einzustellen.

Wenn wir nun auf die Resultate blicken, die sich aus der grossen Anzahl der eingehend untersuchten Fälle ergeben, so können wir behaupten, dass sich sowohl im primären, als dem secundären Stadium der Syphilis Albuminurie nur selten constatiren lässt. Dort, wo Eiweissharnen besteht, kann man zumeist a priori annehmen, dass man es mit syphilitischen Spätformen zu thun hat, und ein eventueller Eiweissbefund im Frühstadium der Syphilis ist gewiss nur als eine ausnahmsweise Beobachtung zu betrachten.

Analysiren wir die angeführten drei Krankheitsfälle, so müssen wir alle drei als selten zu beobachtende Formen bezeichnen. So finden wir, dass im Falle a) und c), wo die Albuminurie frühzeitig eintrat, selbe sich auf die antisyphilitische Behandlung auch rasch verlor, während hingegen im Falle b), wo das constitutionelle Uebel schon lange bestand, die entsprechende Behandlung keinen befriedigenden Erfolg aufwies. Letzteres pflegt im Allgemeinen nicht vorzukommen, da selbst inveterirtere syphilitische Nierenerkrankungen noch einer Rückbildung zugänglich sind; dort, wo es jedoch zu dauernder Gewebsveränderung gekommen ist, vermag dieselbe trotz richtiger Behandlung dennoch weiter fort zu bestehen. In den Fällen a) und c) ist ferner der Nachlass der Eiweissausscheidung conform mit der Besserung der Hautsyphilis erfolgt, es hatte die initiale Nierenaffection sich rasch involvirt, und es wurde eine schwere parenchymatöse Affection durch die Behandlung in ihrem Weiterverlaufe gehemmt; das sind wohl beweiskräftige Momente, welche nicht für die Abhängigkeit der Albuminurie von der syphilitischen Infection, sondern auch für rasche Rückbildung

der Erkrankung durch eine frühzeitig · eingeleitete Behandlung sprechen.

ad 2) Betreffs der zweiten zur Beantwortung vorliegenden Frage, ob eine antiluëtische, namentlich mittelst Quecksilber durchgeführte Behandlung Anlass zu einer Nierenaffection, resp. Albuminurie gebe, lehrten unsere Untersuchungen, dass von 250 Kranken, die in Behandlung kamen, 22 im Verlaufe derselben an Albuminurie litten. Es sind demnach 9·2% der Syphiliskranken anscheinend durch die Einverleibung von Quecksilber der Gefahr einer Nierenaffection ausgesetzt. Dies wäre ein ziemlich hoher Procentsatz für die toxische Einwirkung des Quecksilbers, und man wäre leicht geneigt, die Albuminurie Syphilitischer auf Rechnung der Behandlung zu setzen, was, wie eingangs erwähnt, von früheren Beobachtern auch behauptet wurde. Wir kommen auf diesen Punkt noch zurück und erwähnen nur vorerst, dass andere Autoren, welche sich in gleicher Weise mit diesem Gegenstande beschäftigen, zu analogen Resultaten gelangten. So fand Fürbringer[1]) Albuminurie in 8% seiner Fälle. Welander[2]) hat unter 280 Fällen 14 Mal, Petersen[3]) unter 200 Fällen 27 Mal Albuminurie gefunden. Letztere Zahl erscheint wohl sehr hoch, da P. jedoch die nach Blennorrhöe, Cystitis u. s. w. erscheinende Eiweissabsonderung als Albuminuria spuria von der Gesammtzahl ausscheidet, so bleiben für die recenten Syphilisfälle noch immer 9% der Erkrankung übrig. — Auffallend ist das gänzliche Fehlen dieser Complication, wie dies einzelne Autoren besonders betonen. So hat Fournier in einer nahezu zwei Jahre lang durchgeführten Reihe von Beobachtungen unter seinen Hospitalskranken kein einziges Mal (?) das Vorkommen von Eiweiss im Harne gefunden.

Während die auf meiner Station zur Aufnahme gelangten 250 Kranken die verschiedensten Syphilisaffectionen darboten, waren die erwähnten 22 an Albuminurie leidenden Individuen nicht gerade mit den schwersten Zufällen behaftet; wir notirten bei selben: Syphilis maculosa-papulosa 11 Mal, primäre Sklerosen mit Drüsenschwellungen 6 Mal und ulceröse Syphilisformen der allgemeinen Decke 5 Mal. Die meisten Kranken hatten vor der Spitalsaufnahme sich überhaupt noch keiner Cur unterzogen, sämmt-

[1]) Die inneren Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Berlin, 2. Aufl., p. 123.

[2]) Ueber Albuminurie, durch Syph. und Quecksilber bedingt. Nord. med. Arch. 1892, Sep.-Abdr.

[3]) Verhandl. des X. internat. med. Congr. Berlin 1890.

liche Kranke haben ausnahmslos im Beginne Quecksilbermittel (theils intern, theils extern) erhalten, und doch fanden wir nur 22 Individuen, die im Laufe der Behandlung an Eiweissharnen litten, dass jedoch noch während der Behandlung und unter unseren Augen diese Complication sich verlor.

Ein einziger Fall schien jedoch durch die Hg-Behandlung nachtheilig beeinflusst worden zu sein. Derselbe betraf einen 25 Jahre alten, übrigens gut genährten Burschen, der, an universellem papulösem Syphilid leidend, zur Aufnahme kam. Im Laufe des Spitalsaufenthaltes zeigte sich in der dritten Woche, nach der dritten Injection von Hydr.-sozojodolicum, plötzlich Eiweiss im Harne, das sich bei fortgesetzter Hg.-Therapie steigerte, mit gleichzeitiger Elimination von ursprünglich hyalinen und später granulirten Harncylindern; dieser Befund hatte sich nicht verloren, trotzdem sich die übrigen Syphiliserscheinungen gänzlich involvirt hatten. Ob man aus einem einzigen Falle weittragende Schlüsse zu ziehen berechtigt wäre, möge hier nicht weiter erörtert werden, Thatsache ist nur, dass in allen anderen Fällen die mit der constitutionellen Syphilis entstandene Albuminurie durch Hg-Behandlung in gleicher Weise zurückging, wie die übrigen Syphiliserscheinungen. Wir können deshalb, auf unseren Erfahrungen fussend, die Hg-Behandlung selbt (den erwähnten Fall ausgenommen) nicht als ein causales Moment für das Entstehen der Albuminurie bezeichnen.

Wenn wir nun aus den in grösserem Maasse ausgeführten Untersuchungen einige Rückschlüsse zu ziehen versuchen, so ergibt sich diesbezüglich das unzweifelhafte Factum, dass Albuminurie eine nicht seltene Begleiterscheinung der Syphilis bildet. Dass selbe nicht zu den schwersten Syphilissymptomen zu rechnen ist, ergibt sich daraus, dass diese Form der Albuminurie heilbar ist, ja, dass sogar vorgeschrittene Erkrankungen mit Ascites und Oedem, wenn sonst die Cachexie keinen zu hohen Grad erreichte, wieder mit Genesung endeten. Einen solchen Fall beobachtete ich bei einer 50 Jahre alten Frau, die, vielleicht seit 15 Jahren syphiliskrank, wegen eines acuten Morb. Brightii und gleichzeitigen syphilitischen Hautgeschwüren sich privatim an meine Hilfe wandte. Aus der Anamnese ergab sich, dass die Syphilis in ihrem frühesten Stadium nicht erkannt gewesen, und dass später, bei Feststellung der richtigen Diagnose, eine entsprechende Behandlung sehr lässig durchgeführt war. Es gelang mir, nachdem ich das Oedem und Anasarca von einer syphilitischen Nierenerkrankung abgeleitet hatte, durch

eine mercurielle Cur die Erscheinungen des Morb. Brightii zu beseitigen. Pat. lebte noch 8—10 Jahre, ohne ein Recidiv des Nierenleidens aufzuweisen.

Man kann nun im Allgemeinen behaupten, dass die syphilitischen Nierenerkrankungen denselben Gesetzen unterliegen, welchen die syphilitischen Erkrankungen anderer Organe unterworfen sind; dort, wo es zu Gewebsschrumpfung, zu amyloider Entartung in der Niere kommt, dort ist die Nierenaffection unheilbar und von chronischem Siechthum oder tödtlichem Ausgang gefolgt.

Ein Fall letzterer Art kam vor zwei Jahren auf meiner Station zur Wahrnehmung. Ein 64 Jahre alter Arbeiter, an chronischer Syphilis leidend, welcher bis dahin einer ernstlichen Behandlung überhaupt nicht unterworfen war, hatte nach elfmonatlichem Spitalsaufenthalte sich gegen alle möglichen antiluëtischen Behandlungen refractär erwiesen. Die Syphilis hatte alle Organe ergriffen, und bei der Section zeigte sich nicht nur Lunge, Leber, Knochensystem u. s. w. pathologisch umgewandelt, sondern es hatten sich auch in der Niere tiefgreifende Veränderungen entwickelt, da sich bei der Obduction das charakteristische Bild einer Schrumpfniere mit syphilitischem Narbengewebe feststellen liess.

ad 3) Wenn wir nun schliesslich zur Erörterung der letzten Frage übergehen, ob die bei Syphilitischen vorhandene oder während der Behandlung aufgetretene Albuminurie durch die antisyphilitische Behandlung sich vollkommen rückbildete, so lehrten schon die im Vorhergehenden mitgetheilten Erfahrungen, dass dies in nahezu allen Fällen, wo Eiweiss während oder anscheinend durch die Behandlung sich im Harne zeigte, selbes auch wieder im Verlaufe derselben vollkommen schwand. Diese Behauptung kann ich als das Resultat der angeführten Beobachtungen und Untersuchungen aus meinem Spitalsmaterial sowie aus einer nicht eben geringen Zahl von Erfahrungen aus meiner Privatpraxis bezeichnen. Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass in jenen Fällen, wo eine Erkrankung der Nierengefässe oder des Nierensystems bei Syphiliskranken auftritt, dieselbe wieder zum Schwinden kommt, sobald die entsprechende Therapie durchgeführt wird. Ob aber die in Rede stehende Albuminurie als ein Symptom des constitutionellen Leidens anzusehen sei und nicht als ein Symptom einer Quecksilber-Intoxication, wie dies von einzelnen Autoren vermuthet wird, ist nicht leicht zu entscheiden. Das Quecksilber hat in einzelnen Combinationen wohl einen directen Einfluss auf die Nierenthätigkeit, und wir erinnern nur an die längst bekannte und

n den letzten Jahren wieder in Erinnerung gebrachte Wirkung des
:alomels auf die Nierenthätigkeit, aber die Wirkung des Queck-
ilbers ist in diesen Fällen keine toxische, sonst könnte trotz der
ortgesetzten Hg-Therapie ein Schwinden der Albuminurie nicht
eobachtet werden. Wenn wir demnach letzteres Moment ins Auge
assen, so liegt es viel näher, die Eiweissausscheidung als
in Symptom der constitutionellen Syphilis anzusehen.
leine Ansichten widersprechen demnach jenen Welander's, welcher
nnimmt, dass das Quecksilber, bei Syphilitischen verwendet, eine
iteigerung der Albuminurie veranlasst und kein Schwinden der-
elben. Würde ersteres der Fall sein und das Quecksilber nach-
heilig wirken, so wäre das Auftreten des Eiweissharnens bei Syphi-
itischen viel häufiger zu beobachten, als dies bisher nachzuweisen
nöglich war.

Betreffs der schweren Syphilisfälle, welche nach langem Siech-
hum selbst zu deletärem Ausgange führen können, hat der Queck-
ilbergebrauch sich stets eher zu- als abträglich erwiesen, und ich
abe öfter bei solchen Hospitalskranken beträchtlichen Eiweiss-
ehalt unter der Anwendung der Inunctionscur schwinden gesehen.
lan kann in solchen Fällen eher ein Zuwenig als ein Zuviel der
ichtigen Behandlung anklagen, und wenn man in vorgeschrittenen
rkrankungen keine Rückkehr zum normalen Zustande erfolgen
ieht, so kann man mit gutem Grunde behaupten, dass hier dann
chon das Quecksilber auch nicht mehr zu helfen vermag.

Zum Schlusse wollen wir noch einige Bemerkungen 1. über
ie zur Behandlung benützten Quecksilbermittel und 2. über
lie auf meiner Station zur Verwendung gekommenen Unter-
uchungsmethoden anfügen.

1. Es erscheint vielleicht nicht unwesentlich, über die Hg-Prä-
arate sich zu orientiren, da einzelne Beobachter eben dem Ge-
rauche dieses Medicaments einen nachtheiligen Einfluss auf die
lierenthätigkeit zuschreiben, Andere wieder (und meine Erfahrungen
prechen auch dafür) einen günstigen. — Welander hat nach
einer mit Thymolquecksilber durchgeführten subcutanen Injections-
herapie die Steigerung der Albuminausscheidung erfahren, während
nan sonst diesem Medicamente keine nachtheiligen Wirkungen zu-
uschreiben vermag und auch meine mit demselben gewonnenen
:rfahrungen keine ungünstigen sind. Vielleicht mag die 3—4mal
röchentlich von diesem Autor ausgeführte Injection zu irritirend
uf den Organismus gewirkt haben. — Die von mir geübte Be-
andlung war theils eine interne mit Hydr. salicyl., theils die

**Janowsky** bemerkt auf Grundlage langjähriger Erfahrungen, dass bei systematischen Untersuchungen Albuminurie bei Syphilis constatirt werden kann, besonders bei syphilitischem Fieber (primär und secundär), dann bei rapid fortschreitenden Fällen von Syphilis und Complicationen. Ferner dreimal bei Calomelinjectionen mit starker Reaction und toxischen Erscheinungen, jedoch schwand das Albumin rasch, wie man bei Untersuchung wiederholt in das Krankenhaus aufgenommener Kranker constatiren konnte; dass mit Ausnahme der erwähnten Fälle das Quecksilber einen Einfluss hatte, konnte nicht bestätigt werden, da auch Syphilitiker mit Jodbehandlung Albuminurie zeigten. Bleibende morphotische Veränderungen wurden nicht beobachtet.

**Mracek.** Vorerst möchte ich mir im Anschlusse an die Ausführungen von Prof. Janowsky mitzutheilen erlauben, dass ich solche Versuche auch auf meiner Abtheilung angestellt habe und die Controluntersuchungen im chemischen Laboratorium von Dr. Freund, einem ausgezeichneten Chemiker, ausführen liess. Ich möchte nur diejenigen Fälle in Betracht ziehen, bei denen grössere Mengen von Albumen ausgeschieden wurden. Solche kommen aber bei einzelnen Individuen vor, die früher keine Spur einer Albumenausscheidung vor der Mercurbehandlung gehabt haben. Es kamen in dieser Reihe zwei Fälle vor, wo ich klinisch verfolgen konnte, wie die Individuen unter der mercuriellen Behandlung (systematische Einreibungscuren) anämisch wurden und effectiv herunterkamen. Ich habe meinen Assistenten gefragt, der die Untersuchungen mit mir gemacht hat, was denn er gefunden hat, und er constatirte in beiden Fällen ungewöhnlich grosse Mengen von Eiweiss im Harn. Es gibt also gewiss Fälle, die nach Art einer Idiosynkrasie auf Quecksilberbehandlung reagiren. Was die Bemerkung von Prof. Schwimmer anlangt, dass vielleicht durch die mercurielle Behandlung eine grössere Spannung in den Gefässen und daher Ausscheidung von Albumen erfolgt, so, glaube ich, brauchen wir nicht so weit zu gehen. Das Quecksilber, das mit den Albuminaten in der Circulation gebunden auf den Organismus vielleicht weniger irritirend wirkt, könnte in dem Momente, wo es sich abscheidet und wieder andere Verbindungen im Urin eingeht, auf das Parenchym der Niere reizend wirken. Wir finden ja dann bekanntermassen eben grössere Mengen von Quecksilber durch den Urin ausgeschieden. Die weiteren Ausführungen des Herrn Prof. Schwimmer werde ich vielleicht bei einer anderen Gelegenheit morgen beantworten.

**Schwimmer.** Ich habe Albuminurie nur in dem Sinne verstanden, dass ich gleichzeitig Harncylinder gefunden habe, was jedenfalls auf ein Ergriffensein des Parenchyms hinweist. Was die Bemerkung des Herrn Dr. Spiegler anbelangt, dass die Aufregung vielleicht die Ursache der Albuminurie ist, bemerke ich, dass wenigstens auf meiner Abtheilung so sensible Naturen nicht vorkommen; die Leute wissen, wenn sie ins Spital gehen, nicht, dass sie Syphilis haben. Was die Ansicht von Dr. Mraček anlangt, dass man nur ein gewisses Procentverhältniss verwerten dürfe, so ist das selbstverständlich. Spuren von Eiweiss habe ich überhaupt nicht in den Kreis meiner Betrachtung gezogen. Ich habe erklärt, dass jeder Patient tabellarisch geführt wurde vom Tage seines Eintrittes bis zum Verlassen des Spitals, jeden Tag sein Urin untersucht wurde, und dass gleichzeitig die mikroskopische Untersuchung des Sedimentes vorgenommen wurde.

---

## Herr Petrini (Galatz):

### L'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la syphilis tertiaire?

I.

Au premier congrès de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris du 5—10 août 1889, nous avons eu l'honneur de faire entre autres la communication suivante: »Le Traitement de la Syphilis par le Tannate de Mercure«. Après avoir démontré nos préferences pour ce préparat hydrargyrique nous disions à la page 20 »Qu'arrive-t-il? C'est qu'une année après, si ce n'est pas plus-tôt, surviennent de nouvelles syphilides muqueuses de la bouche, du scrotum, de la vulve, de l'anus, une vraie récidive enfin, qu'on aurait pu prévenir par un traitement mercuriel plus long. Ces syphilides étant contagieuses, il est impossible de ne pas admettre l'existence dans l'organisme du bacille syphilitique, même une année après l'existence du syphilome primaire et des manifestations secondaires mentionnées.

D'un autre côté, quel est l'agent qui conduit à la syphilis tertiaire? Voilà, je suppose, un malade qui a eu la vérole, pour laquelle il a été traité un mois, deux mois même par le mercure et ensuite par l'iodure un temps plus long selon M. Langlebert; ce malade pendant le cours de la première, deuxième ou quatrième

année est atteint d'accidents tertiaires. Quel est, dis-je, l'agent de ces manifestations tertiaires? Puisqu'on voit des récidives des plaques muqueuses chez des gens qui n'ont pas été traités suffisamment, et que ces plaques muqueuses sont contagieuses, l'agent morbide, le microbe, si vous le voulez, est enraciné dans l'organisme de ces malades et il ne disparaîtra qu'à la suite d'un long traitement mercuriel.

Dans les accidents tertiaires les plus graves, lorsqu'il s'agit d'empêcher la destruction du voile du palais, du nez etc., n'est ce pas au mercure en frictions qu'on a encore recours? Car si on ajoute l'iodure, il n'est pas moins certain que le mercure est le médicament indispensable dans ces cas menaçants. Ceci étant admis, force nous est d'admettre la présence du bacille syphilitique chez les individus même à une période avancée de leur vérole même à la période tertiaire.

Donc le bacille syphilitique reclame le traitement mercuriel, comme le paludisme réclame la quinine.

Qu'on ajoute l'iodure pour la période tertiaire de la syphilis, ou le fer dans la cachexie palustre, le médicament qui fait la base, qui représente un specifique, n'est pas mis de côté dans ces cas, au contraire on doit toujours le préscrire.

C'est donc en administrant le mercure d'une manière chronique, à intervalles toutefois, qu'on peut venir à bout d'une maladie chronique.

Et c'est en s'adressant au mercure dès que le diagnostic de syphilis est fait, qu'on peut arriver à prévenir des accidents secondaires ou tertiaires graves.

On ne peut pas atténuer la vitalité de l'agent morbide de cette affection, suivant la méthode de ceux qui croient bien faire, en administrant le mercure seulement pendant les premiers mois de la syphilis. [1])

C'est ce que nous avons dit alors, nous le croyons encore aujourd'hui bien d'avantage étant appuyé dans nos opinions par la majoritée des syphiligraphes. Nous avons emis alors l'idée, que l'agent pathogène de la première et de la deuxième période de la syphilis doit être admis aussi pour la période dite tertiaire de cette affection. Cette proposition faisait donc entendre que même les lésions de la syphilis tertiaire pouvaient être source de contagion.

[1]) Le traitement de la syphilis par le tannate de mercure. Par le Dr. Petrini (de Galatz). Chez Félix Alcan, éditeur. 1889. Pages 20 et 21.

Cette prévision ne nous a pas trompé, puisqu'au même congrès un jour je crois après ma communication M. le Dr Landouzy [1]) fit une très intéressante communication apportant des faits pour prouver la transmission de la syphilis même à cette période de la syphilis. Quant au traitement qu'il avait employé chez les malades qui firent le sujet de la dite communication M. Landouzy dit »malgré un traitement par l'iodure de potassium suivi quelques mois par une malade, qui ne présentait au commencement de ce traitement qu'une roséole, des pléiades ganglionnaires et une petite érosion vulvaire, il constata : des plaques muqueuses vulvaires, anales, gutturales et linguales.« Et continuant notre savant confrère ajoute »Cependant la gomme de la verge traité localement avec le Vigo disparaissait rapidement : le sirop de Gibert d'abord, l'iodure de potassium ensuite faisaient qu'aucun accident syphilitique n'apparaissait pas chez le mari.«

A la suite de cette communication le président du congrès, le Maître Hardy, appuya par les mots suivants les faits observés par M. Landouzy : »Cette communication est des plus intéressantes pour l'histoire de la syphilis.« En effet, on a d'abord nié la contagiosité des accidents secondaires, et voilà qu'il nous faut nous demander aujourd'hui si les accidents tertiaires eux-mêmes ne sont pas contagieux! J'ai vu pour ma part, deux faits qui confirment le dire de M. Landouzy sur la contagion possible de la syphilis en dehors de toute manifestation extérieure. Enfin M. le professeur Fournier a de son côté aprouvé l'exposé de M. Landouzy en communicant une observation à l'appui. De la sorte ainsi qu'on le voit l'opinion que j'ai emise est adopté par les savants les plus compétents en syphiligraphie.

Le but de ma présente communication n'est donc autre que celle-ci : Dans les cas de syphilis tertiaire, doit on à l'exemple de la grande majorité des auteurs administré aux malades le mercure et l'iodure de potassium, ou comme le font encore quelques uns des médecins, employé seulement la dernière de ces substances médicamenteuses? Ou enfin l'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la syphilis tertiaire? Mais qu'entendons nous par syphilis tertiaire? Si jusqu'il y a de cela quelques années on comprennait dans ce cadre, les gommes, les tubercules, les différentes syphilides ulcéreuses, les éxostoses, les lésions viscerales d'origine

[1]) Note sur la contagion syphilitique au dela de la période secondaire, par M. le Dr. Landouzy, Prof. agrégé médecin de l'hôpital Tenon. Page 713 du comptes rendus. Publiés par H. Feulard. Chez Masson, Paris 1890.

syphilitique, et l'atteinte des organes nobles par ce virus, aujourd'hui la division scolaire, de syphilis primaire, secondaire, et tertiaire n'est plus comprise de la même manière. La manifestation tertiaire peut souvent avoir lieu après une bien courte période de la première contamination par le virus spécifique, de sorte qu'a la suite du syphilome primaire, on peut assisté aux accidents qu'on nomme : gomme, syphilides ulcéreuses, viscérales etc., et, les accidents dits secondaires peuvent faire defaut. S'il en est ainsi et des nombreuses observations le prouvent, on n'est plus en droit de dire en thèse générale, comme jadis, que la syphilis tertiaire, que ses manifestations ne sont plus capable d'être transmises, d'être contagieuses en un mot. Oui, si les accidents tertiaires surviennent après dix, quinze années, et même d'avantage, après la première contamination par l'agent syphilitique, ils sont souvent impuissants a transmettre leur virulence, puisque dans ce cas il y a atténuation presque complète du virus, celui-ci n'est plus transmissible comme il était dans les premières années. Du reste cette proposition resort du fait bien connu, qu'une mère, ou père syphilitique, qui mettent au monde des avortons ou des enfants syphilitiques pendant les premières années de leur mariage, sont capable après dix ans au moins, d'avoir des enfants rélativement indemnes des manifestations syphilitiques évidentes.

Si bien qu'un sujet qui aurait je suppose une gomme du voile du palais, ou une glossite syphilitique, ou bien une semblable lésion du côté des organes génitaux, une année, deux ou même trois années après le premier accident; soit enfin des simples érosions linguales ou labiales de même origine, entretenues chez les alcooliques et les fumeurs même plusieurs années après l'infection primaire, il peut bel et bien transmettre la syphilis.

Par conséquent la syphilis tertiaire peut être contagieuse pendant un certain temps, puis après plusieurs années l'agent pathogène ayant perdu sa force de multiplication, l'individu de son côté se trouvant dans des bonnes conditions hygiéniques, il n'est plus en état de transmettre à son prochain un mal qui est en agonie dans sa propre organisation.

Ainsi qu'on le voit dans la dite communication nous avons donné une plus grande importance au mercure qu'à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis tertiaire. Aujourd'hui nous sommes même amené, à considérer comme non indispensable l'association de l'iodure pour obtenir la résolution des accidents syphilitiques. Beaucoup des faits prouvent je crois, la supériorité

des préparations hydrargyriques sur l'iodure de potassium, et l'on n'obtient une résolution complète des lésions non resolutives de la période tertiaire qu' en y ajoutant à l'iodure, le mercure sous n'importe quelle forme. D'un autre côté plus que cette dernière substance médicamenteuse, l'iodure à haute dose, contribue à agraver l'anémie, et l'état cachéctique de certains sujets affectés de syphilis tertiaire; puisque a petite dose l'iodure n'est pas capable de déterminer la résolution attendue. On sait que l'iodure a petite dose favorise l'action nutritive, tandis qu' à grande dose il agit tout à fait le contraire, il favorise l'action dénutritive, conduisant à la cachexie iodique si on prolonge son emploi.

Enfin qui sait si les récidives fréquentes que nous observons dans la maladie qui nous occupe, ne sont elles dues à l'association de ces deux médicaments ou au fait qu'on traite ces malades plus par l'iodure que par le mercure?

Du reste quelques thérapeutistes, N. Guillot et Melsens, ont dit que les iodures font éliminés plus vite les sels mercuriaux de l'organisme. Si cette opinion serait pleinement justifié, le mercure étant plus rapidement éliminé de l'organisme lorsqu'il est associé à l'iodure, l'action du puissant médicament, du spécifique de la syphilis, serait ainsi amoindrie, et, voilà alors l'explication des récidives. Je me propose de faire une nouvelle étude pour vérifier les opinions émises par les auteurs thérapeutistes. En attendant, les observations suivantes prouveraient suffisament qu'on arrive à la guérison, à la resolution des accidents tertiaires, en administrant aux malades le mercure seulement, et un traitement tonique et fortifiant général. Comme la lecture de mes quarante quatre observations serait très longue a faire, je me bornerai a indiquer seulement les formes de syphilis tertiaire, traitées seulement par le tannate de mercure, les frictions mercurielles ou les injections sous-cutanées de sublimé corrosif.

C'est ainsi que parmi ces cas je relève :

8 cas de syphilide tuberculo-ulcéreuses cutanés.
5 » de ulcéreuses cutanés.
2 » de gommeuse du nez.
2 » syphilide tuberculeuse forme sèche.
2 » syphilide gommeuse du septum nasal et des fosses nasales
2 » de tubercules syphilitiques ulcérés de la peau, avec ostéopériostite et syphilis du larynx.
1 » de syphilide tuberculeuse du nez et de la lèvre supérieure
1 » de gomme du voile du palais et de l'avant-bras gauche.

1 cas de gomme au tiers supérieur du femur.
1 » de gomme de l'aile du nez et du voile du palais.
1 » de syphilide gommeuse de la commissure labiale.
1 » de syphilide ulcéreuse de l'aile du nez, de la lèvre supérieure avec destruction des ailes du nez.
1 » de syphilide gommeuse du voile de palais.
1 » de tubercules syphilitiques de la peau.
1 » de syphilide tuberculo-ulcérés des jambes et des cuisses et osteo-périostites du cubitus et de l'humerus.
4 » Syphilide ulcéreuse du front, du voile du palais et cutanés.
1 » Syphilide gommeuse de la lèvre inférieure et du gland.
1 » gomme du voile du palais et kérato-conjonctivite.
1 » artropathies et synovite syphilitiques.
3 » exostoses et osteo-périostites disséminées.
1 » gomme du pharynx et du membre supérieur droit.
1 » gomme du voile du palais et surdité spécifique.
2 » Syphilide pustulo-ulcéreuse du nez.

Tous ces malades sont sortis guéris de l'hôpital après un traitement de une à deux mois.

Je dois ajouter que dans les lésions osseuses les applications d'emplâtres hydrargyriques ont beaucoup aidé à ce résultat.

II.

Nos quarante quatre observations de différentes formes de syphilis, présentées ici, nous montrent par conséquent, que cette affection même à une période assez grave de son évolution, lorsqu'elle se manifeste par des lésions dites non résolutifs, peut être guérie par les préparations mercurielles seules. Si nous disons préparations mercurielles, c'est pour rappeler que nous n'avons pas employé en même temps, ainsi qu'on le fait en général, un iodure alcalin quelconque. Mais en revanche nous avons institué une nourriture fortifiante, et tous nos malades avec les préparations hydrargyriques prennaient en même temps, du fer, et de l'arsénic pendant toute la durée du traitement. Bien plus nous recommandions à ces malades de nous revoir de temps en temps et de suivre pendant trois mois les préparations férrugineuses et arsénicales en sortant de l'hôpital.

Aux malades de la ville nous conseillons en outre les bains sulfureux, et les bains de mér pendant deux à trois années au moins. Dans nos observations l'on voit que nous avons traité ainsi des syphilides ulcéreuses, tuberculeuses, gommeuses, des exostoses;

et nous avons eu à traiter toujours avec le mercure seul, un cas de syphilide ulcéreuse, maligne très grave. Ce malade (obs. XXXIX) est entré dans nos salles dans un état très cachéctique, et nous craignions beaucoup pour sa santé. Aussi contrairement à nôtre manière d'agir dans des cas semblables, chez ce jeune malade, avec le traitement tonique, fér, arsénic, et des injections au sublimé à la dose de 0·02 par séringue, nous lui faisions faire un pansement pour ses nombreuses ulcérations avec de la vaseline boriquée, et iodoformée. De sorte que dans ce cas on pourrait, si l'on voulait faire ressortir aussi l'influence locale de l'iodoforme. Mais dans les autres cas, nous n'avons employé aucun traitement local ayant une action détérminée, seul le tannate de mercure, ou le sublimé corrosif en injection sous-cutanée a été la médication employée. Si les malades qui font le sujet de nos observations avaient été observés tous à une seule époque, nous n'aurions pas pu nous faire une opinion favorable, sur le pouvoir spécifique du mercure seul dans cette maladie, mais ces quarante quatre observations, sont comme on le voit, faites pendant trois années consécutives.

Si donc nous avons continué à traiter ainsi nos malades depuis trois ans, c'est que nous avons vu toujours disparaître assez rapidement les accidents non résolutifs, par l'emploi seul de cette substance médicamenteuse, et cela après dix à quinze jours seulement de ce traitement.

Comme nous avons déjà dit dans notre première communication faite au premier congrès [1]) pour nous assurer de l'action du seul médicament, sur les différents accidents syphilitiques, j'ai presque toujours employé cette préparation mercurielle seule. En effet dans les syphilides ulcéreuses de la peau, du nez, des lèvres avec le traitement mercuriel, nous ne faisions faire que des lavages boriqués, ou des applications de vaseline pure. Lorsque les malades étaient préssés de sortir de l'hôpital, nous faisions appliquer, en même temps que les préparations hydrargyriques prises à l'intérieur, des rondelles de Vigo. Par ces moyens les tubercules, et les ulcères guérissaient encore bien plus vite. On comprend que toute chose égale d'ailleurs, l'action par application locale doit être plus rapide, si ne serait que la distance à parcourir par le médicament, qui pris à l'intérieur, doit faire, pour venir infiltrer les différents syphilomes. Aussi je crois qu'il est complètement inutile d'ajouter dans les accidents syphilitiques, qui réclament un panse-

[1]) Le traitement de la syyhilis par le tannate de mercure page 16.

ment, l'iodoforme ou le calomel; puisque la simple vaseline, ou même de la poudre d'amidon pour tout pansement, suffisent lorsque les malades sont soumis au traitement hydrargyrique, et tonique. Néanmoins lorsqu'une perforation ménaçante, ou vaste du voile du palais, ou du nez se présente, l'on peut en attendant l'action du mercure, employer localement, des cautérisations au nitrate d'argent, d'applications des rondelles de Vigo. Cependant jusqu'à présent je n'ai eu que trés peu de cas, dans lesquels j'ai cru être obligé d'agir ainsi. Mes observations sont présentées ici en résumé puisque j'aurai triplé le cadre de cette communication si je devais les rélater en détail, comme elles sont prises. Aussi les phénomènes généraux, et l'anamnèse qui m'a confirmée le diagnostic formulé, comme aussi la marche suivie par les lésions jusqu'à leur complète guérison, ont elles été forcément laissés de côté.

III.

De ce que nous venons de dire jusqu'ici il résulte que, nous sommes de ceux qui croient le plus dans l'action du mercure contre la syphilis à toutes ses périodes, nous sommes donc étonné de savoir qu'il y est des savants, qui soutiennent encore que le tertiarisme est produit par le mercure, tout à fait, comme la quinine est cause de la spléno-mégalie, d'après les gens du peuple. En effet dans sa magistrale communication faite au premier congrès de dermatologie, et de syphiligraphie, sur la fréquence rélative de la syphilis tertiaire, condition favorable à son développement »le professeur Neumann de Vienne, a cité parmi les auteurs, qui croient que la syphilis tertiaire serait causée par le mercure, le nom de W. Boeck. Ce dernier auteur pense que le mercure affaiblit l'organisme, qui deviendrait incapable d'éliminer la syphilis. Syme, Hughes Bennet, Lancereaux, et le chirurgien Déprès un antimercurialiste de vieille date, croient que la syphilis tertiaire est souvent produite par le traitement mercuriel à doses trop élevées. D'abord on n'emploit jamais des fortes doses de mercure, puis si le mercure débilite l'organisme, l'iodure à dose résolutive conduirait à la cachéxie iodique. Mais ce n'est pas le mercure qui débilite, qui affaiblit l'organisme, les malades sont souvent arrivés en cet état, par le fait même de l'infection syphilitique. Ensuite le traitement hydrargyrique, doit être toujours comme nous venons de le dire, associé à un traitement férrigineux et arsénical.

Quant aux opinions des auteurs qui accusent le mercure de tertiarisme, les Maîtres syphiligraphes, Fournier et Neumann, et la grande majorité des savants n'accordent aucune valeur.

Dans la dite communication ce dernier auteur a demontré que la syphilis non traité régulièrement arrive au tertiarisme, et pour préciser il ajouta : »Je suis persuadé que la syphilis tertiaire est causée par le développement de produits inflammatoires, qui datent de la période secondaire. Dans la peau et dans les muqueuses, il reste après la disparition de tous les symptômes cliniques, de nombreux centres pathologiques, très étendus, dont les éléments se composent principalement de cellules exsudatives. Plus l'infection est ancienne, plus le nombre des cellules diminue. Voilà donc une partie de l'opinion de M. Neumann, sur les causes du tertiarisme, basé sur des recherches histologiques.« Et plus loin dans ses conclusions il dit : »S'il est vrai qu'on peut rencontrer la syphilis tertiaire chez des sujets qui se sont traités convenablement, il faut reconnaître, que celle-ci est beaucoup plus fréquente chez ceux, qui n'ont suivi aucun traitement.«

Je suis parfaitement de cet avis et comme je l'ai dit d'ailleurs, si la syphilis tertiaire se présente avec des manifestations graves et nombreuses, c'est que ces malades n'ont fait presque aucune cure mercurielle. Des faits semblables s'observent très fréquemment chez les gens de nos campagnes.

A l'appui de la thèse que je soutiens, je citerai encore les opinions de quelques auteurs.

M. Drysdale (de Londres), qui prit la parole après la communication mentionnée du professeur Neumann, commença ainsi : »Je pense que l'absence du traitement mercuriel pendant les premières périodes de la maladie constitue dans 8 pour 100 des cas environ la principale cause du tertiarisme.« Cet auteur considère comme éronnées les opinions des auteurs, qui comme nous venons de le dire, accuse le mercure de produire le tertiarisme.

Mais je crois que sur ce point, il suffit de dire que depuis longtemps le professeur Fournier professe dans ses savantes leçons, que la cause du tertiarisme reconnait principalement, l'absence d'une cure mercurielle pas assez prolongée, pour justifier pleinement notre croyance, dans le sens de l'opinion de cet éminent maitre en syphiligraphie.

Je dois de même signaler quelques opinions, que je partage, en ce qui concerne les recidives si fréquentes qu'on observe dans la

syphilis, et qui ont des rapports étroits avec le sujet que j'étudie actuellement.

Ainsi au premier congrès de dermatologie et de syphiligraphie, M. Portalier (de Paris) fit une communication [1]) avec observations à l'appui, pour démontrer les récidives fréquentes à toutes les périodes de la syphilis, et l'insuccès décourageant des méthodes thérapeutiques classiques.

Le professeur Fournier, qui prit part à la discussion, expliqua ces récidives, par les germes restant à l'état léthargique dans l'organisme. Cette opinion, qui est aussi la nôtre, vient à l'appui des faits histologiques observés par le professeur Neumann, qui a constaté des infiltrats cellulaires, une année, et deux même à l'endroit des syphilomes resolus déjà. Il est certain que les faits, énoncés ci-dessus ont une grande valeur, et l'éveil des lésions se fait peut être sous l'influence de certaines conditions débilitantes, dans lesquelles se trouvent les malades. Dans ces conditions les spores ou les microbes endormis, se reveillent, ils pullulent, et peuvent attaquer les éléments organiques de l'individu incapable d'opposer une résistance énergique, par le fait de leurs faible vitalité.

M. Leloir approuvant les remarques faites par MM. Fournier, Diday, Hardy, Portalier sur les récidives in situ de certains syphilomes, et en particulier sur leurs récidives au niveau du siège antérieur, de certains chancres infectants, rélate l'exemple d'un cas très remarquable, qui a récidivé plusieurs fois. Ces récidives survinrent environ quatre à cinq ans après la disparition du chancre; elles se montrèrent tous les ans pendant l'espace d'une dizaine d'années, et chose remarquable dit M. Leloir, le reveil du virus qu'elles indiquaient se reproduisit tous les ans, à la même époque au printemps. »On dirait continue l'auteur que le virus demeuré latent pendant une période plus ou moins longue se reveille localement, que le virus déposé au niveau du chancre infectant y repullule, pour une raison, ou pour une autre qu'il reste à déterminer.«

Le point essentiel pour l'opinion que je soutiens dans cette communication est le suivant:

M. Leloir disait »ayant constaté que ces syphilomes chancriformes (chancre redux de Fournier) resistent souvent pendant long-

---

[1]) De la récidive in situ de certaines formes de lésions syphilitiques. Comptes rendus du 1er congrès par le docteur H. Feulard. Paris 1890, p. 687.

temps au traitement antisyphilitique le plus intensif (traitement général), je me bornais dans un certain cas, à les traiter uniquement localement.«

Et quel traitement local a-t-il employé notre savant confrère? l'emplâtre hydrargyrique de Vigo. Dans plusieurs cas ce traitement hydrargyrique dépassa par son succès les espérances de M. Leloir, lorsque les malades ne suivaient un autre traitement, que l'application sur le locus minoris resistentiae dirions nous, d'une rondelle d'emplâtre mercuriel de Vigo. De son côte mon excellent confrère le D^r^ Hallopeau vient aussi en faveur de l'opinion que j'émets par les parôles suivantes: »Pour ce qui est du traitement, je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Leloir.: Voici le moulage d'un malade atteint d'une syphilide serpigineuse, qui occupait toute la largeur du thorax. Pendant un an, elle a persisté malgré le traitement général, en trois semaines, les frictions locales avec l'onguent napolitain en ont eu raison.«

C'est donc selon moi l'emploi du mercure seul, appliqué soit localement sous forme des emplâtres, ou des frictions sur les lésions non résolutives de la syphilis, ou bien administré à l'intérieur sous forme des pilules de tannate d'hydrargyre, comme nous le faisons, selon les cas, qui a eu toujours, entre les mains de tous une heureuse influence sur les accidents syphilitiques les plus tenaces. Qu'on l'emploie à l'intérieur ou localement, le mercure agit donc sûrement et je ne vois pas autre chose dans les faits observés par les auteurs mentionnés, que ce que je soutiens, à savoir que le mercure tout seul agit mieux et plus sûrement; que l'iodure n'est pas indispensable, peut être même qu'il entrave jusqu'à un certain point le pouvoir résolutif et parasiticide du mercure lorsqu'on l'administre en même temps, que ce dernier spécificique de la syphilis. En terminant je dois dire que pour m'assurer encore d'avantage de l'opinion que je viens d'émettre, je dois tacher de revoir les malades que j'ai traités jusqu'à présent par les préparations hydrargyriques seules. Peut être qu'ils n'ont pas eu encore des récidives, puisque je n'ai pas revu aucun de ces malades.

Herr Scarenzio (Pavia):

**Della azione, cosi detta specifica, del mercurio contro la Sifilide costituzionale.**

Si continua a chiamare specifica l'azione del mercurio contro la sifilide costituzionale appunto perchè meravigliati al cospetto della potente sua efficacia contro di essa non se ne conosce il modo.

Il Prof. Scarenzio, ponendosi a studiarlo, elimina addirittura l' opinione che ciò debba succedere per l' azione sua antiparassitaria attesa, la poca sua efficacia nelle applicazioni locali, la quantità minima colla quale si riesce a guarire la malattia e la possibile trasmissione di questa alle future generazioni. E nemmeno crede ad una azione bio-chimica, perocchè la sifilide dovrebbe guarire alla insorgenza della idrargirosi; e piuttosto accarezza la idea che il mercurio riesca ad eccitare i principali organi secretori sospingendoli ad eliminare coi loro aumentati prodotti il detto elemento. Ciò va d' accordo coi risultati della analisi chimica la quale ritrova appunto il mercurio entro questi organi, in alcuni dei quali può anche soggiornare per lunghissimo tempo. Sarebbe in allora che a smovernelo ed a riattivare le secrezioni assopite riesce il Joduro di Potassio, spiegandosene così la sua grande efficacia alloraquando lo si somministri a succedaneo od a compagno del mercurio.

Ma un simile semplicissimo modo di vedere non viene ancora al giorno d' oggi accettato, continuandosi a ritenere misteriosa la benefica azione dei Mercuriali e dei Joduri. Lo dimostrano anche le interessantissime indagini di W. H. Porter [1]) che lo conducono a ritenere come la migliorata nutrizione, per opera di detti rimedii, sia necessaria perchè la sostanza infettiva venga eliminata.

Ciò non ammette il Prof. Scarenzio perocchè, massime dopo i portentosi risultati che si ottengono colle injezioni sottocutanee ed intramuscolari di calomelano, si affacciano alla mente i casi della scomparsa disconcerti funzionali a poche ore dopo la applicazione del rimedio; quelli di rapidissimo miglioramento delle sifilidi coll' istesso mezzo; l' utile immenso che se ne può cavare quale diagnostico; le possibili rapidissime guarigioni a qualsiasi stadio

[1]) William Henri Porter. M. D. Nouvelles observations sur l'action physiologique des Mercuriaux et des Jodures, d'après certaines recherches chimiques, physiologiques, pathologiques et cliniques. Merck's Bulletin, New York. Janvier 1892.

della malattia, nei quali casi tutti la nutrizione non ebbe ancora tempo di essere migliorata. Si vedono poi individui robustissimi presi dalla sifilide ed ove la nutrizione non dà alcun segno di affievolimento e se ne osservano altri deperiti al sommo grado che guariscono dalla sifilide continuando inesorabilmente la tabe p. e. nei cancerosi, nei tubercolosi etc.; finalmente, la pratica insegna come di frequenti nelle malattie infettive i segni della eliminazione appajano allo stato di denutrimento progrediente.

Per ciò il Prof. Scarenzio conchiude: »Che la già migliorata nutrizione non è necessaria perchè i Mercuriali ed i Joduri facciano sentire la loro, quasi esclusiva, benefica influenza, nella cura della sifilide costituzionale. Senza negare però che il ripristino ed un maggiore vigore nel movimento nutritizio, validamente coadjuvi alla meravigliosa ma non più misteriosa loro opera.«

— — —

Herr Gaucher (Paris):

## Observations rares de guérison de syphilis tertiaire fruste.

De jour en jour le domaine de la syphilis s'étend de plus en plus, non pas seulement parceque le nombre des syphilitiques augmente, mais surtout parceque la nature spécifique de certaines affections viscérales est aujourd'hui mieux connue.

A titre de documents, je crois intéressant de faire connaître les trois observations suivantes, parcequ'elles représentent des cas rares et facilement méconnus de syphilis tertiaire. Ces trois observations n'ont d'ailleurs d'autres rapports entre elles que la difficulté du diagnostic et l'efficacité du traitement spécifique, car dans les trois cas la syphilis portait sur des organes différents.

### I.

Ma première observation pourrait être intitulée : **Pseudo-tumeurs blanches et phthisie pulmonaire syphilitiques**, considérées d'abord comme des accidents tuberculeux et guéries par le traitement spécifique.

Une femme de 30 ans est amenée à la clinique médicale de l'hôpital Necker le 1r mai 1883. Son état est tellement grave qu'elle est apportée sur un brancard. Cette femme a tout l'aspect d'une phthisique très affaiblie.

A l'examen de la poitrine, on trouve des râles sous-crépitants sous la clavicule gauche, de la matité de deux sommets en arrière; à gauche, du souffle dans les fosses sus et sous épineuses, et à droite, dans la même région, du souffle et des râles sous-crépitants.

La malade est très amaigrie, très affaiblie; elle tousse depuis 5 mois. Elle expectore des crachats nummulaires, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Les règles, qui avaient disparu depuis 3 mois, sont revenues le matin de son entrée à l'hôpital.

Les deux coudes sont atteints d'arthropathies, qui ont tout l'aspect de tumeurs blanches. Les articulations sont immobilisées en demi-flexion; les tissus périarticulaires sont épaissis, infiltrés et empâtés; les synoviales renferment du liquide; cependant la peau n'est pas rouge et l'inflammation articulaire ne paraît pas encore s'être propagée aux tissus superficiels.

Il y a un mois, cette femme était entrée, pour ses arthropathies, dans un service de chirurgie du même hôpital. On n'avait pas voulu l'opérer à cause de ses lésions pulmonaires et on l'avait considérée comme une tuberculeuse avancée, atteinte de tumeurs blanches des coudes.

Depuis deux mois, son oeil droit est affecté d'iritis, pour laquelle on n'avait non plus institué aucun traitement.

Cet ensemble de symptômes était bien en faveur du diagnostic de tuberculose. Cependant, en examinant les coudes, je découvris au dessus du coude gauche, à la partie inférieure de la région postérieure du bras, trois papules squammeuses, cuivrées, de la dimension d'une petite lentille, disposées en demi-cercle, et qui me donnèrent l'impression d'une syphilide papulo-tuberculeuse circinée.

Je pensai dès lors à la possibilité de lésions syphilitiques multiples. J'interrogeai la malade, je l'examinai, je ne trouvai rien dans ses antécédents, aucune trace ancienne de syphilis acquise. J'appris seulement qu'elle n'avait pas d'enfant vivant et qu'elle avait eu quatre fausses couches, à 7 et 8 mois. L'existence de la minime lésion cutanée et les quatre fausses couches suffirent pour ne plus laisser aucun doute dans mon esprit sur le diagnostic de syphilis. Mr Potain, qui vit la malade le lendemain, partagea mon opinion.

Le traitement fut institué immédiatement : deux pilules de Dupuytren (un centigramm de sublimé par pilule) et deux grammes d'iodure de potassium par jour; collyre au sulfate d'atropine pour l'oeil. L'amélioration de se fit par attendre, et la malade sortait guérie de l'hôpital le 6 Juin.

Au moment de la sortie, les coudes avaient repris leurs mouvements normaux; le gonflement périarticulaire avait disparu; il n'y avait plus qu'un peu de roideur articulaire. L'état général était très satisfaisant; la malade avait engraissé et repris des forces. Elle ne toussait plus et à l'auscultation on ne trouvait plus qu'un peu de respiration soufflante aux deux sommets. L'oeil n'était pas guéri; il y avait encore de la kérato-conjonctivite; mais il faut dire que, pendant le séjour de la malade à l'hôpital, une fois la religieuse du service, s'étant trompée de collyre.

avait instillé dans l'oeil une solution de nitrate d'argent au tiers et avait ainsi déterminé une conjonctivite aiguë.

La malade revient nous voir le 20 Décembre de la même année. Pendant les six mois qui se sont écoulés depuis sa sortie, elle n'a suivi, malgré nos recommandations, qu'un traitement insuffisant et très irrégulier. Cependant ses coudes se sont maintenus dans une guérison complète; il n'y a plus trace de l'arthropathie ancienne. L'auscultation de la poitrine ne fait plus rien découvrir en avant ni en arrière; la respiration est normale. Il n'y a plus aucun signe physique ou fonctionnel de l'affection pulmonaire. Mais l'oeil est encore malade; on constate un peu de conjonctivite de la paupière supérieure et une légère kératite interstitielle.

Le hasard a fait que j'ai revu cette malade trois ans après, à la consultation du Bureau Central de l'Hôtel-Dieu. L'affection pulmonaire et les arthropathies étaient définitivement guéries. L'oeil était encore atteint et j'ai du envoyer la malade dans un service d'ophthalmologie, tout en lui prescrivant de reprendre le traitement spécifique, qu'elle avait abandonné depuis longtemps.

## II.

La deuxième observation est complexe et comprend la succession des phénomènes suivants, dans un espace de deux années: **syphilis cérébrale à forme céphalalgique; syphilis pleuro-pulmonaire; épanchement pleural ponctionné; induration gommeuse du poumon;** guérison successive de ces accidents multiples par le traitement spécifique. [1])

Une femme de 31 ans entre dans mon service, à l'Hôtel-Dieu Annexe, le 13 Juillet 1890, pour une céphalalgie très intense, siègeant principalement dans toute la partie supérieure de la tête. Il n'y a pas de fièvre, pas de vomissements, mais une perte d'appetit complète. Le pouls est régulier. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine; le coeur est sain; il n'y a pas d'antécédents tuberculeux héréditaires, pas d'antécédents alcooliques personnels, aucun antécédent syphilitique connu, et rien dans les commémoratifs ni dans l'examen de la peau ou des organes internes ne peut faire penser à la syphilis.

Le seul antécédant, important au premier abord, est le suivant: il y a deux ans, la malade a fait une chute dans un escalier, par dessus la rampe, du troisième au premier étage. Cet accident lui a laissé une large dépression cicatricielle, intéressant l'os, dans la région pariéto-occipitale droite. La blessure d'ailleurs fut vite guérie et causa seulement quelques maux de tête qui disparurent au bout de peu de temps.

Actuellement, comme il n'y a aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité, aucun trouble psychique, je pense plutôt à un rhumatisme du cuir chevelu qu'à une compression cérébrale, tout en faisant des réserves relativement à ce traumatisme ancien.

[1]) D'après les notes recueillies par M. Legras de Grandcourt, élève du service.

Partant de ce diagnostic, je fais prendre à la malade de l'antipyrine à haute dose (jusqu'à 5 grammes par jour), puis du sulfate de quinine, puis du salicylate de soude, sans aucun résultat. J'emploie successivement pendant deux mois tous les antinervins et tous les antispasmodiques; je fais appliquer des vésicatoires derrière les oreilles, et même un vésicatoire sur le sommet de la tête, préalablement rasée, tout cela sans succès. La malade souffre de plus en plus et tombe même dans un état inquiétant.

C'est alors, — pensant que dans le doute il vaut mieux ne pas s'abstenir, contrairement au proverbe, — que je me décide a prescrire l'iodure de potassium, à la dose croissante de 2 à 4 grammes par jour, et les frictions mercurielles. Ces frictions, mal faites d'abord, ne produisent aucun effet; je les fais moi-même et je les fais faire devant moi les jours suivants. Le résultat du traitement ne se fait pas attendre et l'amélioration s'accentue rapidement.

Au bout de huit jours de traitement, les maux de tête disparaissent; la malade peut se lever, elle recouvre son appétit et son entrain; elle sort de l'hôpital pour aller en convalescence, tout en continuant l'iodure de potassium. Au bout de deux mois elle revient complètement guérie et se place dans l'hôpital comme infirmière.

Je quitte l'Hôtel-Dieu Annexe pendant un an et je suis chargé de nouveau du même service le 15 Janvier 1892. Je retrouve là mon ancienne malade, qui était rentrée dans la salle le 6 Janvier, pour un épanchement pleural gauche, que mon prédécesseur avait dû ponctionner deux fois, la seconde fois deux jours avant mon arrivée; chaque ponction avait donné issue à un litre de liquide environ. On considérait alors cette pleurésie comme vraisemblablement de nature tuberculeuse.

La maladie actuelle a débuté par un point de côté assez violent, de la gène respiratoire, de la fièvre; pendant les 15 premiers jours, la température oscille entre 37·6° et 39·2°. Jusqu'à présent le traitement a été celui d'une pleurésie simple.

A l'examen de la malade, je constate les signes physiques suivants : matité et disparition du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure du poumon gauche; souffle pleurétique et egophonie dans la fosse sous-épineuse. Le sommet du poumon gauche est induré; la respiration est faible, la sonorité diminuée, les vibrations vocales sont augmentées.

Tous les autres organes paraissent sains; le coeur n'est pas déplacé; les urines sont normales.

En somme, quand je prend le service, l'épanchement s'est déjà reproduit et tend à augmenter les jours suivants; l'existence d'une lésion pulmonaire, au dessous de la plèvre enflammée, n'est pas douteuse.

Connaissant, par l'efficacité de mon traitement antérieur, la syphilis certaine, quoique ignorée, de la malade, je prescris immédiatement (le 15 Janvier) l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. L'épanchement se résorbe peu à peu; le souffle persiste assez longtemps, mais finit par faire place à des frottements de retour. A la fin de février, il n'y a plus d'épanchement; la respiration est seulement encore un peu faible à la base.

et, pour la nourrir, on était obligé de lui introduire, de force dans la bouche du lait et du bouillon additionné de poudre de viande.

Cet état d'abattement profond dura quelques jours, puis un jour, sans raison, la malade se leva toute seule, fit quelques pas dans la salle, tomba et resta sans connaissance pendant 5 minutes environ. On la releva et la remit dans son lit, et c'est à partir de ce moment que les phénomènes de démence se manifestèrent, quelques jours avant mon arrivée dans le service.

Cet état de folie consiste dans des rires et des pleurs sans motifs, des actes bizarres : la malade se lève, en l'absence des infirmières, pour aller uriner dans un coin de la salle, elle met ses excréments dans son assiette; pendant la nuit elle ne dort pas, rit ou soupire et se livre a l'onanisme, avec une telle furie, qu'on est obligé de lui mettre des entraves aux mains et aux pieds. Elle commet encore d'autres extravagances qu'il est inutile de rapporter.

Après avoir examiné et interrogé la malade, qui répond d'ailleurs d'une façon tout à fait désordonnée, bien que je ne trouve aucun antécédent spécifique, aucune trace de syphilis, me fondant surtout sur la céphalalgie violente du début, qui reparait encore de temps en temps, bien qu'avec moins d'intensité, je prescrit l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

Au bout de quelques jours de traitemént, l'amélioration est déjà sensible. Les douleurs de tête disparaissent; la malade mange avec appétit, reprend des forces et parle couramment. Elle se lève dans la salle et ses excentricités deviennent de moins en moins fréquentes. A cause des accidents d'iodisme on est obligé pendant quelques temps de suspendre l'iodure de potassium. pour le reprendre ensuite. Les frictions mercurielles, qui étaient faites seulement tous les deux jours, sont supprimées définitivement le 29 mars.

Au commencement de mai la malade est complètement guérie. Elle a notablement engraissé; elle se comporte comme toute personne raisonnable et sert même d'aide dans le service. — Néanmoins l'iodure de potassium est continué jusqu'au mois de Juillet. Au mois d'Août, la guérison s'était maintenue.

Ces trois cas, assez disparates, au point de vue symptomatique ont cependant ce lieu commun d'être relatifs tous les trois à des syphilis ignorées dont il n'existait aucun vestige ni aucun antécédent connu. Ces faits comportent un enseignement pratique, c'est qu'on peut observer dans différents organes, dans le cerveau, dans le poumon, dans la plèvre, dans les articulations, des lésions et des troubles fonctionnels qui représentent des formes frustes de la syphilis tertiaire, et dont la nature peut être très facilement méconnue. La phthisie gommeuse ressemble a s'y méprendre à la tuberculose, d'autant plus qu'elle peut s'accompagner, comme une des observations précédentes le montre, d'une pleurésie avec épanchement. D'autre part la syphilis cerebrale peut revétir absolumment le

masque de l'aliénation mentale. Je n'ai pas à insister sur l'influence du traitement spécifique; je ferai seulement remarquer l'action rapide de ce traitement sur la résorption de l'épanchement pleural.

En somme, sans donner aux considérations que ces faits peuvent suggérer, plus de développements qu'ils ne comportent, je crois qu'il est bon dans bien des cas douteux, même alors qu'il n'existe aucune présomption en faveur de la syphilis, d'essayer le traitement spécifique, et qu'en agissant ainsi, on aura parfois d'heureuses surprises de guérison.

---

Herr Welander (Stockholm):

**Ueber die Behandlung des weichen Chankers mittelst Wärme.**

Unsere Mittel, um den weichen Chanker zu behandeln, sind jetzt viel besser als vor nur ein paar Jahrzehnten; obschon wir nun in der Regel recht bald Herr über ihn werden können, treffen wir aber doch hin und wieder Fälle, welche lange allen unseren Versuchen Trotz bieten, das Gift zu vernichten. So sehen wir z. B. bisweilen die virulenten Bubonen und den serpiginösen Chanker wochenlang beinahe jeder Einwirkung unserer Behandlung Widerstand leisten. Wünschenswerth wäre es also, ein Mittel zu besitzen, um die Virulenz in kurzer Zeit völlig sicher tödten und die Chankergeschwüre in gewöhnliche reine Wunden verwandeln zu können; die Virulenz zu vernichten, d. h. die Bakterien des weichen Chankers tödten! Obschon das, was wir über diese Bakterien und die Lebensbedingungen derselben wissen, nur sehr gering ist, so sind wir doch nicht ganz ohne Kenntniss davon. Wir wissen durch W. Boeck's Untersuchungen, dass die Virulenz, d. h. das Bacterium des weichen Chankers durch hohe Temperatur, 45—50° C., getödtet wird; bis zu dieser Temperatur erhitzter Chankereiter gibt bei Inoculation ein negatives Resultat. — Später haben Aubert und auch andere Autoren das Vermögen der hohen Temperatur, um das Chankergift zu tödten, hervorgehoben.

Wenn es sich nun wirklich so verhält, so müsste ja die Virulenz des weichen Chankers verschwinden, wenn der damit Behaftete an einem Fieber mit hoher Temperatur erkrankt. Ich habe drei solche Fälle beobachtet, wo der weiche Chanker heilte, während der Patient am Fieber darniederlag, ungeachtet nicht die geringste

Localbehandlung angewendet wurde. Ich will über diese Fälle hier in Kürze berichten.

Im Jahre 1885 wurde in das Krankenhaus des Lâns und der Stadt Stockholm eine Frau aufgenommen, welche an den Genitalien sowie auch in und um die Analöffnung eine Menge weiche Chankergeschwüre hatte. Gleich nach ihrer Aufnahme erkrankte sie an sehr heftigem acutem Gelenkrheumatismus mit hoher Temperatur. Während dieser Zeit litt sie an so heftigen Schmerzen, dass es beinahe unmöglich war sie anzurühren, weshalb ihre Chankergeschwüre während nahezu 14 Tage nicht im geringsten behandelt wurden. Als ich nun hierauf mit einem gewissen Beben zum erstenmale wieder die Beschaffenheit derselben untersuchen wollte, wobei ich erwartete, fürchterlich ausgebreitete Geschwüre anzutreffen, war ich auf das höchste überrascht, zu finden, dass jedes einzelne Geschwür, obgleich ich nicht die geringste Behandlung angewendet hatte, während der Zeit geheilt war.

Im Krankenhause St. Göran habe ich zwei solche Fälle gesehen. Ein Mann wurde wegen einem weichen Chankergeschwüre aufgenommen. Am Tage darauf erkrankte er an doppelseitiger Pneumonie. Während 7 Tagen hatte er eine Temperatur von 39—39·7° C. Während dieser Zeit wurde das Chankergeschwür nicht behandelt; als in der Lunge Resolution eintrat, zeigte es sich geheilt.

Ein anderer Patient hatte bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus Phimosis und um die Präputialmündung eine Menge grössere und kleinere weiche Chankergeschwüre. Nach zwei Tagen erkrankte er an Fiebersymptomen, ohne dass ich ein locales Leiden zu entdecken vermochte. Elf Tage später findet sich im Journale angezeichnet, dass er Fieber gehabt hat, bis gegen 39° des Abends, dass er jetzt besser ist und dass die Chankergeschwüre, welche nicht die geringste Behandlung erhalten haben, während der Zeit vollständig geheilt sind.

Es erscheint mir als im höchsten Grade wahrscheinlich, dass in allen diesen drei Fällen die erhöhte Körpertemperatur den Tod der Chankerbacillen herbeigeführt hat und dadurch die Ursache gewesen ist, dass die Chankergeschwüre ohne die geringste Behandlung geheilt sind. Ein anderes, diesen drei Fällen gemeinsames Moment, als die hohe Körpertemperatur von dem sich annehmen liesse, dass es den Tod des Chankergiftes verursacht hat, habe ich nicht finden können.

Natürlicherweise entsteht ja leicht der Gedanke: wenn nun das Chankergift durch die Wärme getödtet wird, ist es denn nicht möglich, die weichen Chankergeschwüre damit zu behandeln?

Man hat dieses zwar mittelst warmen Bädern versucht, aber da der weiche Chanker eine völlig locale Krankheit ist, so muss für seine Behandlung auch nur locale Wärme angewendet werden. Ich habe dieses mit dem grössten Erfolge in einer recht grossen Menge von Fällen gethan.

Den Anlass zu diesen meinen Versuchen gab ein Fall von virulentem Bubo, wo der Bubo trotz aller Behandlung im Laufe zweier Monate sich vergrösserte, anstatt sich zu vermindern. Der Patient wagte es nicht, mich zur Vernichtung des Giftes den Thermokauter anwenden zu lassen. Ich kam da auf den Gedanken, den Versuch zu machen, die Virulenz durch locale Anwendung von Wärme von ungefähr 42—45° C. zu vernichten.

Ich bin in diesem und den übrigen Fällen so zuwege gegangen, dass ich durch bleierne Röhren — von derselben Beschaffenheit wie Seiler's Wärmeregulator — welche ich auf das Chankergeschwür gelegt hatte, warmes Wasser fliessen liess. Das warme Wasser wurde den mit warmnasser Baumwolle umwickelten Bleiröhren aus einer mit Filz umwickelten Cisterne aus Eisenblech mittelst eines Kautschukschlauches zugeführt und floss dann von ihnen durch einen anderen Kautschukschlauch nach einem am Boden stehenden Reservoir ab.

Die bleiernen Röhren müssen sorgfältig mit der Baumwolle umwickelt und genau nach der Form und Localität des zu behandelnden Geschwüres gebogen sein; sitzen die Geschwüre z. B. im Sulcus coronarius, so ist es recht leicht, die Röhre so zu biegen, dass sie ihm in seinem Laufe folgt; handelt es sich um einen tiefen virulenten Bubo, so müssen die Röhren in solcher Weise zusammengebogen werden, dass ein möglichst grosser Theil der Höhle des Bubo mit ihnen in möglichst nahe Berührung kommt. In dem letzteren Falle ist auf diese mit Baumwolle umwickelten Röhren eine ziemlich dicke Lage Baumwolle und darüber Wachstaffet zu legen, welcher dann mittelst einer Bandage befestigt wird. — Im Allgemeinen ist es leicht, die Röhren so zu biegen, dass sie für den speciellen Fall passend sind.

Grössere Schwierigkeit bereitet es, eine gleichmässige Wärme zu halten, doch gelingt auch dieses mir nunmehr recht gut. Das Wasser in der Cisterne muss bei einer Temperatur von ungefähr 50—52° C. erhalten werden, was sich mittelst einer kleinen Lampe

unter der Cisterne erreichen lässt. Auf seinem Wege durch den Kautschukschlauch wird das Wasser so abgekühlt, dass es an den Bleiröhren nur eine Temperatur von ungefähr 42—45° C. zeigt. Wenn man die Temperatur des Wassers in der Cisterne nicht genau controlirt und es zu warm werden lässt, so kann natürlicherweise auch das Wasser in den Bleiröhren zu warm werden und dann in der Umgebung des Geschwürs kleine Brennblasen hervorrufen. Dieses geschah im Anfange meiner Versuche hin und wieder, doch entstand hierdurch niemals für den Patienten ein nennenswerthes Unbehagen.

In dieser Weise setze ich das Chankergeschwür der Einwirkung der Wärme so lange aus, bis ich finde, dass die Virulenz verschwunden ist. Wie lange dieses dauert, hängt von der Grösse des Chankers ab. Bei gewöhnlichen kleineren Chankergeschwüren sind in der Regel zwei, bei grossen virulenten Bubonen drei Tage erforderlich, um von dem Chankergift befreit zu sein. Schon nach einem Tage ist die Infiltration um das Geschwür bedeutend vermindert und die Secretion unbedeutend; nach zwei Tagen zeigt das Geschwür sich in der Regel nahezu rein, und nur hier und da zeigt sich eine gelbgraue Belegung und sitzt noch ein kleiner mortificirter Gewebe-rest. Nicht in einem einzigen Falle sind zur Tödtung des Giftes mehr als drei Tage erforderlich gewesen.

Ich will nur folgende vier Fälle als Beispiele anführen:

Fall I. S. wurde am 1./8. wegen Chankergeschwüren aufgenommen, welche er seit einer Woche gehabt hatte; hatte bei seiner Aufnahme mehrere weiche Chankergeschwüre im Sulcus coronarius. Ord. Jodoform. Am 8./8. waren die Geschwüre trotz dem Jodoform grösser und in einander geflossen. Jetzt fand sich an der rechten Seite des Sulcus coron. ein 3 Centimeter langes, tiefes Chankergeschwür, ausserdem an der linken Seite des Sulcus coron. und am Phrenulum ein kleineres solches Geschwür. Ord. Wärme, womit am Abend begonnen wurde. Am 10./8. das Geschwür beinahe ganz rein. Am 11./8. das Geschwür vollständig rein; hört mit der Wärme auf. Am 18./8. geheilt entlassen.

Fall II. C. bemerkte ein Geschwür Ende des Juli; behandelte dasselbe seit dieser Zeit mit Sublimatlösung und Dermatol, wobei es immer grösser wurde und in der letzten Zeit anfing, brandig zu zerfallen. Wurde in das Krankenhaus St. Göran am 20./8. aufgenommen. Hatte bei seiner Aufnahme am Präputium ein 4 Centimeter langes und 1—2 Centimeter breites weiches Chankergeschwür. Ord. Wärme. Am 22./8. das Geschwür vollständig rein und nur an der einen Seite am Rande einige kleine nekrotische Gewebereste zu sehen; hört mit der Wärme auf.

Am 24./8. das Geschwür vollständig rein und im Heilen begriffen.

Fall III. T. hat einen Chanker gehabt; hatte bei seiner Aufnahme am 30./7. einen fluctuirenden Bubo in der rechten Leiste, welcher am 31./7. geöffnet wurde. Am 2./8. die Incisionswunde von virulentem Aussehen. Inoculation. Den 4./8. positives Ergebniss der Inoculation: in dem Eiter hiervon (ausser anderen Bakterien) kleine Stäbchen. Ord. Wärme auf den Bubo und auch auf das Inoculationsgeschwür.

Am 5./8. die Infiltration um den Bubo sehr vermindert; unbedeutende Secretion von dem Bubo, welcher schon anfing, rein zu werden; die Inoculationsgeschwüre vollständig rein; mit der Behandlung derselben mittelst Wärme aufgehört.

Am 9./8. der Bubo ganz rein; die Inoculationsgeschwüre geheilt.

Am 20./8. nach dem Bubo nur noch ein kleines, ganz reines unbedeutendes Geschwür. Wurde entlassen.

Fall IV. D. hat seit 4 Wochen Chanker. Bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus St. Göran am 13./8. einen Chanker an der Fossa navicularis, vier Follicularchanker in der Ano-Genitalgegend, ein hühnereigrosses, tiefes Chankergeschwür mit geschwollenem, entzündetem Rande zwischen den Hinterbacken; dieses letztere Geschwür hat sich schnell vergrössert und belästigt die Patientin so, dass es ihr schwer fällt zu gehen.

Am 15./8. Ord. Wärme.

Am 16./8. das Geschwür wird reiner.

Am 17./8. das Geschwür ganz rein bis auf eine kleine Partie am Rande; es wird mit der Wärme bis Abends 10 Uhr fortgesetzt.

Am 18./8. sieht eine kleine Partie noch verdächtig aus, weshalb die Wärme von neuem noch 8 Stunden lang angewandt wird.

Am 19./8. das Geschwür völlig rein, keine Infiltration um dasselbe. Die Follicularchanker geheilt.

Am 23./8. das Geschwür füllt sich schnell, ist völlig rein.

Diese vier Fälle mögen hinreichen, um zu zeigen, wie leicht und wie schnell Chankergeschwüre von der Wärme beeinflusst werden. Stets ist die Virulenz nach zwei, höchstens drei Tagen verschwunden.

Eine Schwäche der Methode ist die Schwierigkeit, die Wärme völlig gleichmässig zu halten.

Ich bin gegenwärtig mit Versuchen beschäftigt, dieser Ungelegenheit abzuhelfen.

Obschon also die Methode nicht vollkommen ist, sind doch alle meine Resultate so überraschend günstig gewesen, dass ich es als berechtigt betrachte, schon jetzt diesen kurzen Bericht über dieselbe zu liefern.

Herr Barbe (Paris):

## Contribution au diagnostic différentiel de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic différentiel de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire est hérissé des plus grandes difficultés; aussi l'on ne doit pas négliger tous les moyens qui peuvent éclairer le clinicien sur la nature de la lésion, car de ce diagnostic dépendent le pronostic et le traitement. Le problème se pose ainsi : chez un syphilitique avéré qui présente du côté de l'appareil respiratoire des troubles fonctionnels, des signes physiques, enfin des troubles dans l'état général, ces symptômes relèvent-ils de lésions syphilitiques ou de lésions tuberculeuses?

Tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis pulmonaire, ont, en parlant de ce diagnostic différentiel, énuméré un certain nombre de signes qu'ils ne considèrent pas du reste comme pathognomoniques : localisation des lésions dans la syphilis ailleurs qu'au sommet, en un point limité et dans un seul poumon, du moins dans la généralité des cas; marche bien plus lente que celle de la tuberculose; persistance du bon état général jusqu'à une période fort avancé. Bon nombre d'auteurs ont insisté sur le peu de valeur de ces signes différentiels; l'observation que je vais exposer à la suite en est une preuve de plus.

Pour les syphiliographes modernes, le seul signe sur lequel on puisse s'appuyer, c'est la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats. La présence du bacille de Koch dans les crachats a une valeur absolue quant à la question de la tuberculose, mais son absence n'a qu'une valeur relative. Nombreux sont les cas où l'on ne rencontre pas au début le microorganisme; aussi ce n'est qu'après des examen répétés à des intervalles de temps suffisants qu'on peut se prononcer et conclure de l'absence du bacille à la nature syphilitique de la lésion. Pour obvier à cette incertitude dans le diagnostic, un moyen se présente, qui a probablement été employé dans les mêmes circonstances, mais que je n'ai trouvé signalé nulle part; c'est celui des inoculations pratiquées sur des cobayes avec les produits d'expectoration.

Ces inoculations ont été faites à l'occasion d'une malade chez qui la cachexie et les signes physiques de l'appareil respiratoire invitaient à porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, qui n' avais jamais été malade sauf que peu de temps après son mariage elle avait fait deux fausses couches. En juillet 1890 elle fut prise à l'occasion d'un refroidissement de fièvre, d'étouffements, de toux, symptômes qui durèrent l'automne et l'hiver jusqu'au printemps suivant.

En juillet 1891 elle fut reprise des mêmes symptômes, mais en même temps elle s'affaiblit de plus en plus et fut bientôt atteinte d'enrouement qui devint de l'aphonie complète. Je vis la malade le 26 septembre 1891; elle avait toutes les apparences de la phtisie confirmée, la voix était presque éteinte; l'examen de l'appareil respiratoire donnait des signes d'induration des sommets, surtout à droite. Le diagnostic de tuberculose me paraissait devoir s'imposer. Mais l'inspection du pharynx montrait l'existence sur la paroi postérieure de celui-ci d'une ulcération arrondie de la grandeur d'une pièce de 20 cent., créusée dans les tissus, à bords bien nets comme taillée à pic. Cette ulcération qu'on ne distinguait bien que quand le voile du palais était relevé, me paraissait bien être une gomme ulcérée; l'examen microscopique du produit de râclage, de même celui des crachats pratiqués tous deux par mon ami le Dr Charrier montra l'absence du bacille de Koch.

Il n'y avait pas de doute, il s'agissait bien de syphilis pulmonaire. La malade fut soumise au traitement mixte, frictions mercurielles et iodure à hautes doses. Ce traitement, suivi régulièrement au début, fut bientôt un peu négligé, ainsi que je l'appris plus tard. Cependant la malade reprit un peu d'embonpoint, augmenta de poids; s'étant décidé à se peser le 24 février 1892, elle constata qu'au bout de 2 mois elle avait augmenté de 7 livres.

Dans cette intervalle de temps elle fut prise dans le courant de l'hiver d'un point de côté à droite avec tous les signes d'un épanchement pleurétique pour lequel elle resta 1 mois au lit. Cette pleurésie éveilla mon attention sur la possibilité d'une tuberculose qui se serait greffée sur un terrain déjà préparé.

De nouveau ces crachats examinés trois fois à l'aide de la fuchsine de Ziehl avec double coloration par le bleu de Lœffler donnèrent un résultat négatif. Enfin sur les instigations du docteur Rénon, interne de Prof. Dieulafoy, un cobaye fut inoculé le 3 juin sous la péritonie avec des produits d'expectoration. Le cobaye continua à bien se porter; le 6 juillet il fut tué à l'aide du chloroforme, l'autopsie montra l'absence de tubercules dans les différents organes.

C'est au bout d'un mois qu'on peut affirmer d'une façon certaine la diagnostic de syphilis pulmonaire.

Cet intervalle de temps est eu nécessaire et suffisant, car comme le la faisait remarquer mon ami le D[r] Rénon »un cobaye meurt ordinairement en 4 semaines de tuberculose après inoculation; quelquefois il peut vivre beaucoup plus longtemps, quelquefois même plusieurs mois dans des cas très rares; mais toujours au bout d'un mois, si on le sacrifie, on trouve des lésions tuberculeuses de la rate«. Aussi l'on peut dire : un cobaye sacrifié de 4 à 6 semaines après l'injection et indemne de ces lésions est un cobaye non tuberculeux.«

Naturellement dans des cas semblables on n'attendra pas 1 mois pour commencer le traitement, mais on suivra le conseil, recommandé par les maîtres en syphiligraphie, de prescrire la médication spécifique dès qu'on soupçonne la syphilis.

Je me hâte de conclure en disant que l'examen bactériologique et l'inoculation seuls peuvent trancher la question de savoir si on est bien en présence d'un cas de syphilose ou de tuberculose pulmonaire. L'absence du bacille de Koch et l'inoculation négative feront affirmer qu'on a bien affaire à de la syphilose. La présence du bacille et l'inoculation positive ne seront pas aussi concluantes; elles indiqueront bien il est vrai d'une façon indubitable que le malade est atteint de tuberculose, mais quant à savoir si avec ces lésions tuberculeuses coexistent des lésions syphilitiques, nous n'avons aucun moyen d'avoir cette certitude. Il sera toujours difficile de faire la part de ce qui revient à la syphilis et de ce qui relève de la tuberculose.

Plusieurs auteurs ont signalé la coïncidence de ces 2 sortes de lésions sur un même sujet : dans une leçon clinique publiée par la Gazette des hôpitaux 1882, n° 142, le Prof. Potain fait la relation d'une autopsie où l'on trouva au sommet de chaque poumon des lésions tuberculeuses et à la base d'un des poumons une masse qui avait la consistance du fromage de Brie et présentait les caractères de la pneumonie blanche. Dans de tels cas la decouverte du micro-organisme de la syphilis, sa présence à côté du bacille de Koch dans les crachats pourra donner au lit du malade la solution du problème.

En attendant, on suivra toujours les recommandations du Prof. Potain si bien exposées dans la même leçon : chez un syphilitique, même si on trouve le bacille de Koch dans les crachats il faut combattre d'abord la syphilis et entreprendre ensuite le traitement de la tuberculose.

Herr Houlky-Bey (Constantinople):

**Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.**

Messieurs!

Malgré les accusations les plus accentuées faites contre les injections hypodermiques de mercure, les observation personnelles que j'ai recueillies, depuis le commencement de ma pratique, m'ont donné une idée tout à fait favorable sur leur valeur thérapeutique.

Je me permets donc d'exposer en peu de lignes l'idée que je me suis formé d'après ma modeste expérience, au sujet de la méthode hypodermique.

Les conclusions que je vais soumettre à la haute appréciation du Congrès, sont basées sur plus de 8000 injections faites sur 337 personnes depuis 3 années soit à la clinique syphilitique de l'école de médecine de Constantinople soit dans ma clientèle privée.

Quoique que ce soit depuis 7 ans que je pratique les injections, je laisse de côté mes observations antérieures, qui étaient faites par les différents sels mercuriels; tandis que depuis 3 ans je me suis arrêté à faire exclusivement l'injection du calomel et du sublimé.

Dans l'idée que l'exposée de mon statistique serait une tache fastidieuse devant une telle assemblée, je me contente seulement d'exposer les conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer:

1° En général la méthode hypodermique dans la thérapeutique de la syphilis quel qu'il soit le sel mercuriel employé, soluble ou insoluble agit plus rapidement sur toutes les manifestations de la syphilis guérissable par le mercure. La supériorité de l'action curative du mercure introduit sous la peau tient à ce que le médicament est soustrait à l'action accumulatrice du foie.

On sait très bien que le foie retient la plupart des médicaments qui sont administrés par la voie stomacale.

2° Jamais l'injection de mercure ne devient par elle-même la cause effective d'accidents locaux tel qu'abcès ou gangrène; si la piqure se fait antiseptiquement, selon l'indication du Dr Smirnoff.

Les abcès et gangrènes qu'on a eu après les injections tiennent sans aucune doute à l'introduction des microbes pyogènes et autres; si on a ces accidents c'est qu'on les a provoqués en se servant des aiguilles septiques, le composé mercuriel à lui seul ne produisant qu'une simple infiltration des tissus.

3⁰ On évite les infarctus et les accidents splachniques en se servant comme excipient au mercure des substances qui se mélangent au sang; mais si on se sert comme véhicule des huiles qui ne se mélangent pas au sang, il suffit qu'une goutte de médicament soit, par mégarde, injectée dans une véinule, pour qu'on observe à la suite des accidents graves du côté des organes internes.

4⁰ Quant à la stomatite mercurielle elle est maîtrisable avec les injections des sels solubles en général et du sublimé en particulier.

Mais avec les sels insolubles et surtout avec le calomel on doit être très attentif pour l'intégrité de l'appareil bucco-dentaire, afin d'éviter une stomatite qu'on ne serait pas à la suite en état de faire immédiatement cesser sa cause provocatrice.

Du reste les injections hydrargyriques ne paraissent pas avoir une propriété plus marquée que les autres manières d'administrer le mercure pour la production de la salivation.

5⁰ Elles me paraissent plus scientifiques comme dosage. Elles n'ont certes pas les inconvénients de provoquer des dérangements gastriques ni des dermatites irritatives mercurielles.

De tout ce qui précède deux points m'ont attiré l'attention savoir : 1⁰ la supériorité de l'action curative du mercure employé en injection; 2⁰ les causes des accidents que j'ai pu éviter dans mes injections.

Voilà l'explication que je crois pouvoir donner sur ces points :

La supériorité de l'action curative du mercure introduit sous la peau tient à ce que le médicament est soustrait à l'action du foie qui retient comme on le sait la plupart des métaux ainsi que le mercure.

Ainsi le mercure donné par la voie stomacale, abstraction faite de l'absorption qui ne se fait ordinairement pas d'une manière complète, est en partie retenu par le foie, et, c'est le reste échappé à l'action accumulatrice hépatique qui poursuit le virus dans le sang et les tissus.

Tandis que par la méthode sous-cutanée ainsi que par celle des frictions le mercure n'est entrevé dans son action antisyphilitique par aucune cause et c'est la totalité du mercure introduit qui agit sur le virus.

De là la supériorité curative de ces deux modes de traitement. Par conséquent la méthode hypodermique n'est pas seulement un mode indifférent d'administration du mercure, comme j'avais cru tout d'abord, elle est plutôt une méthode thérapeutique active des syphilides.

Quand au traitement méthodique général de la syphilis elle peut y être adaptée aussi bien que les autres modes d'administration.

Examinons maintenant le second point, c'est-à-dire les causes des accidents qu'ont provoqué les injections hypodermiques.

Les abcès et gangrènes qu'on a eu après les injections tiennent sans aucune doute à l'introduction des microbes pyogènes et autres.

Si on a ces accidents c'est qu'on les a provoqués en se servant des aiguilles septiques; le composé mercuriel à lui seul ne produisant qu'une simple infiltration des tissus.

Les infarctus pulmonaires sont produits, comme l'a bien exposé M. Watraszewski, quand on se sert des excipients qui ne se mélangent pas au sang; comme les huiles végétales ou minérales et surtout quand l'injection se fait dans une véinule.

L'un des trois chats auxquels j'avais introduit le calomel mélangé à l'huile d'olive stérilisée dans une de ses veinules de l'abdomen fut atteint d'une embolie pulmonaire; tandis que je n'ai jamais eu l'occasion de provoquer aucune altération pulmonaire chez les deux chats par la solution de Scarenzio.

Donc en se servant de mélanges ou solutions acqueuses de mercure et en prenant garde de ne pas faire l'injection dans une veine, on est sûr d'éviter la production d'infarctus splachnique quelconque.

Les causes de la stomatite mercurielle sont évitées quand on prend soin de nettoyer les tartres dentaires.

Mais quand les dents sont cariées et entourées de tartre on doit formellement s'abstenir de faire l'injection du calomel ou autre composé mercuriel insoluble.

Donc après avoir s'assuré de l'intégrité rénale et de la propreté dentaire si le malade est alité ou hospitalisé je recours à l'injection de 0·05 de calomel suspendu dans l'eau gommeuse.

Je repète et j'augmente l'injection selon le besoin et l'effet obtenu chaque 5 à 10 jours; mais je ne dépasse jamais la dose de 10 centigrammes par injection.

Si le malade peut et veut vaquer à ses affaires et que ses manifestations syphilitiques ne sont pas d'ordre grave, je fais des injections journalières ou tous les deux jours d'une solution au centième de bichlorure dans l'eau salée.

Les injections sont faites a la région retro-trochanthérienne espacées chacune de 3—4 centimètres.

J'introduis perpendiculairement une longue aiguille, de 3 centimètres jusqu'à l'armature, et j'attends quelques instants pour voir si aucune goutte de sang ne s'écoule pas par la piqûre ce qui indique qu'on n'est pas dans un vaisseau; je procède alors à l'injection.

En opérant de la sorte je n'ai eu jusqu'à présent que les accidents suivants que, d'après ce que je sache, quelques uns d'entre eux n'ont pas été annoncés jusqu'à présent.

Ces notes sont le dépouillement de mon dernier statistique pris sur 337 personnes desquelles 131 ont été traitées par le calomel et les autres 206 par le bichlorure.

| Accidents | Pourcentage | Sublimé | Calomel |
|---|---|---|---|
| Vertige . . . . . . . immédiatement après l'injection. | 3·89 | 206/8 | 131/0 |
| Evanouissement . . . . (Anémie cerebrale ?) immédiatement après l'injection. | 0·979 | 2 | 0 |
| Vomissement . . . . . 5 minutes après l'injection chez un homme qui avait pris son repas. | 0·486 | 1 | 0 |
| Diarrhée consécutive . . 2—3—4 jours après l'inject. | 2·29 | 0 | 3 |
| Induration douloureuse . fessière durant plus d'un mois. | 9·92 | 0 | 13 |
| Transformation . . . . d'une plaque muqueuse amygdalienne en un ulcère phagédénique qui n'a pu être maîtrisé que par l'administration journalière de 40 centigrammes d'iodoforme en pilules (l'iodure de potassium n'ayant pas été toléré) et par les attouchements de l'acide chromique. | 0·764 | 0 | 1 |
| Eruption d'urticaire . . après chaque injection, qui m'a obligée à recourir à la voie stomacale. | 0·486 | 1 | 0 |
| Gingivite légère . . . . | 0·972 sublimé<br>7·634 calomel | 2 | 10 |

| Accidents | Pourcentage | Sublimé | Calomel |
|---|---|---|---|
| Stomatite ulcéreuse (Dents carées) . . . . . . | 1·528 | 0 | 2 |
| Douleurs fortes . . . . rendant le malade dans l'impossibilité de marcher pendant 15 jours. | 1·528 | 0 | 2 |
| Accès de dyspnoe . . . | 0·468 | 1 | 0 |
| Manque absolu . . . . de douleurs et d'indurations. | 3·820 calomel | *) | 5 |

En général pour une cure j'injecte ou bien 50 centigrammes de calomel dans une quarantaine ou cinquantaine de jours, c'est-à-dire 42 centigrammes de mercure pur qui correspond à 140 pilules de Ricord de 5 centigrammes, avec cette seule et capitale différence que le mercure introduit sous la peau sous forme de calomel reste plus longtemps dans l'économie et par conséquent agit plus activement.

Si j'emploie le sublimé je fais en moyen 40—50 injections de 10 milligrammes chacune; ce qui correspond à 30—37 centigrammes de mercure pur qui séjourne moins longtemps que celui du calomel dans l'économie. De là l'infériorité de son action comparée à celle du calomel.

En résumé d'après ma conviction chez un syphilitique dont l'état rénal et buccal ne montre aucune contre-indication, l'injection de calomel suspendu dans l'eau gommeuse constitue un moyen de traitement le plus sûr et le plus actif auquel on doit donner la préférence.

*) Dans la plupart des injections, mais après quelques injections on observe toujours et des douleurs et d'infiltration fessière passagères.

Herr Barthélemy (Paris):

## Contribution à l'asepsie dans la thérapeutique hypodermique.

Jusqu'à présent les injections faites dans les tissus ont été pratiquées au moyen de seringues à aiguilles avec lesquelles on puise le liquide à injecter dans le flacon qui le contient.

Qui n'a éprouvé l'ennui de vouloir pratiquer d'urgence une injection et de n'avoir à sa disposition qu'un instrument défectueux? Ici, le piston dés séché laissait le liquide passer au dessus de lui au lieu de le pousser dans les tissus; là on ne trouvait qu'un instrument malpropre mal entretenu et n'offrant aucune garantie d'asepsie : brefon n'étai jamais sur que cette injection nécessaire (morphine, ergotine, caféine, éther, etc.) ne serait pas suivie d'un abcès. Enfin, les liquides eux-mêmes devaient être aspirés dans un flacon déjà anciennement préparé, ayant été souvent ouvert, rempli de germes et dont parfois on ne se rappelait même qu'inexactement la dose.

Pour rendre à la fois plus exacte, plus précise, plus simple et plus inoffensive cette manière de traitement, pourtant si utile et parfois indispensable, j'ai fait construire un petit instrument qui fut dépourvu de piston, qui fut apte à être complètement stérilisé, qui n'eût jamais servi auparavant, qui fût toujours prêt dans les cas les plus imprévus et qui ne contint qu'un liquide parfaitement pur et exactement dosé; c'est cet l'appareil qui m'a servi jusqu'à ce jour dans déjà plus de deux cents injections de liquides variés que je viens décrire ici.

L'appareil se compose d'un récipient en verre dont la contenance est celle de la dose moyenne injectable chaque fois à un adulte; à son extrémité antérieure le flacon-récipient porte une aiguille d'acier trempé, solidement soudée au moyen d'une quantité convenable d'émail; dans l'aiguille est introduit un fil métallique inaltérable qui complète la fermeture d'ailleurs réalisée par la capillarité puisqu'on peut retirer ce fil sans que tombe une goutte de liquide. L'aiguille est protégée contre les chocs et les germes par une gaîne de verre, stérilisable, formant bouchon et s'ajustant d'une manière parfaitement hermétique et aseptique sur le col du tube rodé à l'émeri. Après la stérilisation, le flacon-récipient se remplit facilement par l'aspiration, soit directe au moyen de la bouche, soit indirecte grâce à un tube de caoutchouc ou par tout autre procédé. Une fois rempli d'un liquide bien

aseptisé, le tube est soudé à la lampe à son extrémité postérieure renflée en boule. Sur cette partie du flacon-récipient s'ajuste (après brisure de la boule, facile à faire complète et extemporanée), un tube de caoutchouc aboutissant à des poires, destinées à faire soufflerie comme dans un appareil de Richardson de petit modèle où l'air serait stérilisé.

Pour se servir de l'instrument, on casse la boule de l'extrémité postérieure, on adapte le soufflet, on retire le bouchon, puis le fil métallique, on flambe l'aiguille et on pique la peau préalablement savonnée et lavée au sublimé. Quelques coups de soufflet suffisent. Le liquide passe dans les tissus, soit goutte à goutte (suspension huileuse en 3 minutes 1/2) soit plus rapidement (30 secondes : solution huileuse : gaïacol, créosote, mercure etc. . .), soit 19 secondes (solutions aqueuses), soit plus rapidement même. Mais je rappelle que la lenteur est une condition souvent précisieuse de la tolérance par les tissus des liquides injectés : on peut ici la réaliser a volonté.

On peut injecter tout ou partie du contenu en pinçant ou en relâchant le tuyau élastique. L'appareil est construit de façon qu'on peut suivre tous les progrès de l'injection et que l'on retire toujours l'aiguille à temps pour empêcher la moindre bulle d'air, fût-il stérilisé, de pénétrer dans les tissus. Si le liquide, comme le flacon, a été bien stérilisé, on voit qu'il n'y a plus rien de laissé au hasard des impuretés. L'injection faite, l'aiguille est rapidement retirée et la petite piqûre est immédiatement oblitérée par une rondelle d'un taffetas antiseptique et adhésif. Les malades peuvent ensuite retourner chez eux. S'agit-il d'injections dans les fesses, par exemple, il leur est très possible d'aller et venir, de vaquer à leurs affaires, de marcher, de voyager, etc. . .

Le maniement de l'instrument est, on le voit, d'une grande simplicité. Il offre aux médecins l'avantage d'une asepsie parfaite et aux malades la sécurité d'une dose qui ne sera jamais toxique. Combien ce procédé diffère de celui qui consiste à aspirer au moyen d'un instrument toujours et à juste titre suspect, contenant une plus ou moins grande quantité de liquide injectable, préparée depuis un temps plus ou moins long et ouvert chaque fois qu'on veut y puiser la quantité voulue pour chaque injection.

L'aiguille elle-même reste aseptique jusqu'au moment où, même après un temps indéterminé, on ouvre l'instrument pour s'en servir. Ultérieurement, l'appareil peut être de nouveau rempli par aspiration simple comme une pipette et servir encore s'il ne doit pas être transporté et s'il s'agit d'un même liquide et d'un même

malade. Mais, comme il est fort peu coûteux, on peut chaque fois employer un nouveau tube; c'est ce que font les malades sur lesquels je fais systématiquement des injections, dans la période secondaire de la syphilis par exemple.

Je rappelle enfin que l'instrument qui joue à la fois le rôle et de flacon et d'injecteur peut servir, rempli, pour être expédié au loin, le destinataire, étant toujours sûr de recevoir ainsi, en même temps qu'un instrument aseptique et toujours prêt, le liquide même dont le préparateur a bien rempli le tube (navires, trousses de voyage, de praticiens etc...)

Le flacon injecteur a la contenance habituelle d'un centimètre cube; mais il peut avoir le dosage exact aussi bien d'un demi ou de deux centimètres cubes, voire de beaucoup plus comme pour les appareils de laboratoire par exemple; dans ces cas, la graduation est toujours faite.

Tel est le modèle que j'appellerai de pratique courante; il en est d'autres. Sur le conseil qu'a bien voulu me donner M. le Professeur Bouchard que je prie de recevoir ici mes remerciements, j'ai fait construire, suivant le principe exposé plus haut, un récipient qu'il est possible de fermer aux deux extrémités après l'avoir rempli d'un liquide qui peut se conserver indéfiniment aseptique. Au moment d'en faire usage, on brise les deux boules et on adapte la postérieure à l'insufflateur et l'antérieure qui a été préparée exprès, à l'aiguille de platine iridié du Professeur Debove, dont on peut se servir indéfiniment puisqu'elle peut chaque fois être portée au rouge sans se détériorer. L'opérateur, toujours muni de sa poire et de son aiguille n'aura qu'à changer de récipient selon l'injection qu'il veut faire, sans s'exposer à introduire dans les tissus un liquide qui aura pu subir des altérations dans le flacon où il était primitivement contenu.

Enfin, pour les injections absolument délicates comme pour le transport lointain de médicaments qui doivent être maintenus pendant longtemps à l'abri de toute souillure, j'ai fait construire un 3e modèle de récipient où le tube protecteur de l'aiguille est soudé au corps de l'ampoule remplie de liquide. Un léger rétrécissement indique le point où le verre aminci se brisera toujours et facilement au moment où l'on voudra faire l'injection. Ici l'asepsie est absolument parfaite, surtout si, après avoir stérilisé l'appareil, avant de le remplir du liquide préalablement aseptisé, on a soin encore et c'est possible, de le soumettre, une fois qu'il est plein, à l'épuration par la température à 120 degrés qu'il supporte par-

faitement. D'autres applications seront encore possibles au moyen de cet appareil; je me réserve de les indiquer plus tard.

Jusqu'à ce jour j'ai fait au moyen de ce récipient protecteur, l'hypodermic aseptique comme je l'appelle, un grand nombre d'injections (plus de deux cents) de liquides divers: préparations mercurielles, surtout les solubles comme le biiodure et les peptonates; huiles créosotées ou gaïacolées, — solutions alcooliques d'ergotine, de quinine — solutions aqueuses de morphine, de caféine, d'acide phénique, de permanganate de potasse, — solutions d'extraits organiques, voire d'éther, à condition de pratiquer soi-même et peu de temps avant de s'en servir l'aspiration et la réplétion du flacon : tout cela sans aucun accident autre que quelques indurations, jamais suppuratives, dues à quelques liquides injectés et non à l'appareil injecteur.

D'après une expérience déjà longue, je crois donc pouvoir garantir le bon fonctionnement et l'innocuité de cet instrument hypodermo-aseptique, dont les avantages sur les instruments similaires employés jusqu'ici, peuvent se résumer par les mots suivants : commodité, simplicité, propreté, sécurité, dosage exact et jamais toxique. Peut-être ne me trompé-je pas en pensant que par cet appareil un réel service peut être rendu à la sécurité publique en même temps qu'à la pratique médicale.

Enfin cette seringue peut être disposée très facilement de façon à en faire une aiguille électrolytique appelée, croyons-nous, à rendre de grands services dans de nombreux cas mal étudiés jusqu'ici, en raison même des difficultés pratiques que l'on rencontre dans l'électrolyse de médicaments portés au sein du tissu malades.

Une fois, en effet, une solution quelconque injectée sous la peau, nous sommes convaincu qu'il y aurait souvent grand avantage à faire passer par ce liquide un courant plus ou moins puissant suivant les cas, soit qu'on demande à l'électricité de libérer le métal ou l'acide du sel injecté et d'avoir ainsi au sein des tissus un corps à l'état naissant, c'est-à-dire doué, on le sait, de propriétés très énergiques, soit qu'on veuille assurer ainsi l'asepsie définitive de l'ensemble de l'opération, puisqu'il est démontré que tous les microorganismes sont détruits dans un liquide baignant l'électrode positive d'un courant de quelques milliampères; soit enfin qu'on cherche à agir directement sur les extrémités nerveuses ou qu'on veuille en provoquant des alternatives de contractions et de dilatations vaso-motrices favoriser l'absorption du liquide injecté.

Quoi qu'il en soit, cette électrolyse interstitielle est rendue très facile par une petite modification apportée à la construction de notre ampoule à injection.

L'aiguille en est prolongée de 8 à 10 millimètres dans le tube de verre en deçà du talon, cette extremité libre de l'aiguille suivant l'axe de l'ampoule et baignant dans le liquide. D'autre part le verre de l'ampoule a été étiré et aminci, au point où il est soudé à l'émail du talon de l'aiguille.

Une fois l'injection poussée, on laisse l'aiguille en place et on serre entre les mors d'une pince quelconque le verre à ce niveau où il est plus fragile, on le brise facilement et on a alors, sortant de la peau, une longueur d'aiguille très suffisante pour qu'on puisse, à l'aïde d'un serre fils quelconque, la relier au fil adducteur du courant communiquant, suivant les cas avec les pôles positif ou négatif de la pile.

Si on veut éviter la formation de sels de fer, inévitable si on emploie une aiguille d'acier, on peut employer des aiguilles en platine ou en platine iridié. Si, au contraire on désire profiter de l'action du métal de l'aiguille comme dans le procédé de M. Gauthier qui utilise l'oxychlorure de cuivre à l'état naissant formé par le courant aux dépens de l'électrode; on peut employer des aiguilles faites de différents métaux.

Enfin, si on veut faire comme Tripier de la cautérisation tubulaire, on laisse tel que le métal de l'aiguille. Si au contraire on tient à ménager la peau, à éviter au niveau de l'aiguille la formation d'une eschare certaine, cette aiguille doit être soigneusement isolée dans toutes ses parties qui restent en contact avec le derme, c'est-à-dire au moins dans ses $^3/_4$ postérieures. Nous avons réalisé cet isolement de différentes manières, soit en la recouvrant d'un vernis très résistant, soit au moyen d'un émail à froid, soit enfin en l'entourant d'une gaîne formée par le prolongement tubulaire de l'émail dont nous nous servons pour sonder le talon de l'aiguille et dont la composition est telle qu'il ait le même coëfficient de dilatation que le métal dont est faite l'aiguille.

---

Herr Campana:

## Del meccanismo di azione del Joduro di Potassio nella genesi delle esserzioni iodiche.

Eseguendo numerose iniezioni sottocutanee, intravenose, peritoneali, di differenti soluzioni di ioduro potassio in varii animali;

specialmente cavie, conigli, loni noi abbiamo osservato con una notevole costanza; la quale si potrebbe enumerare in una media del 20 per cento delle osservazioni fatte, le seguenti particolarità; oltre di quanto e stato già ben provato dagli osservatori:

1⁰ Che in tutti gli animali adoperati, in un perimetro abbastanza largo della cute, sotto della quale era stato fatto l' iniezione, si osservava un vario grado di infiltrazione pericoloso di leucociti con qualche emosia; accompagnata da trombi e tratti cecerotici nei coli in cui il ioduro avesse agito proprio direttamente in una dose forte sultratto in esame;

2⁰ Che in molti degli animali adoperati, dopo 12 o 20 ore, si vedevano delle superficiali macchie rosee della cute; e che, anche non essendovi queste, in alcune, eseguito cui esame microscopico, dopo adatto induramento e tutto il resto necessario per avere una conveniente preparazione; si trovava una superficiale infiltrazioni di leucociti in gran parte delle ramificazioni capillarini cutanee; così che vi si rilevava una evidente differenza con quel che vedesi in una cute sana di altro animale della stessa specie, preso di controllo.

3⁰ Che in molti tratti del sistema nervoso periferico, di detti animali, si vedevano delle alterazioni di questo sistema nervoso: cioè delle serie di leucociti tra fibra e fibra; quà e la delle guaine dello Schevon ripiene anch' esse di leucociti e di qualche emosia, che alterava la forma del tubolo nervoso, di cui, in molti, non si vede più il proprio cilindrasse.

Queste particolarità anatomiche spiegherebbero i molteplici effetti del ioduro di potassio sulla cute umana; dando ragione a pensare che molti di essi si devono sempre ad uno stesso turbamento della innervazione nasale, il quale darebbe per effetti dei fenomeni anatomici di vario grado; dalla semplice stasi sanguigna e linfatica della cute per cui i fenomeni eritemato-orticanti, agli arresti parziali di circolazione da cui fenomeni più o men limitati di morte del tessuto, dai quali più o men limitati fenomeni reattivi e di disfacimento, sotto semplice stittenosi agl' inforti emorragici, gangrenosi e flogistici della più varia estensione; cioè, dall' orticaria ed eritema iodico, acne, alla sicosi, allo flictenosi, ai nodi ed alle antracosi iodiche.

## SECHSTER TAG. — SAMSTAG 10. SEPTEMBER 1892.

### XI. Sitzung.

1. **Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite inféctieuse.** Von H. Hallopeau und E. Jeanselme.
2. **Des métastases du Psoriasis.** Von E. Gaucher.
3. **Ueber atypische Psoriasis.** Von O. Rosenthal.
4. **L'adenite inguinale nella uretrite della parte membranosa nell' uomo.** Von Campana.
   Discussion: Janovsky.
5. **Ueber den Pemphigus der Neugeborenen und der Wöchnerinnen.** Von Staub.
6. **Concetto informativo di alcuni tentativi di attenuazione della Sifilide.** Von Pellizari.
7. **Ueber spontane Keloïde.** Von Carl Berliner.
8. **Zur Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe.** Von Isaac.
   Discussion: Köbner.

### XII. Sitzung.

1. **Ueber quantitative Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis.** Von Konried.
2. **Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen.** Von Rille.
3. **Schluss.**

## *XI. Sitzung. — 9 Uhr Vormittags.*

Vorsitzender: **J. de Amicis.**

### Herr Hallopeau et Jeanselme (Paris):

**r une sarcomatose cutanée, offrant les caractères cliniques d'une lymphangite inféctieuse.**

Les sarcomes multiples de la peau, dans les diverses formes ont été décrites, envahissent le plus souvent la surface tégu-
ıtaire sans offrir de distribution régulière.

Nous nous proposons d'établir qu'il existe une variété de omatose dans laquelle les nodules néoplasiques peuvent, pendant emps fort long, rester localisés à l'un des membres, n'inté-
r que les voies lymphatiques, s'ulcérer et présenter un ensemble ›tomatique très analogue à celui de la lymphangite tuberculeuse laire.

L'observation suivante en fait foi :

Le malade est un homme âgé de 33 ans, qui a été, pendant urs années, marchand des quatre saisons, puis conducteur d'omnibus. Il est entré le 12 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Louis, et depuis ois qu'il est soumis à notre observation, nous avons pu suivre s les phases de l'affection dont il est atteint.

A. Depuis 20 ans, ce malade porte un durillon à la face palmaire main gauche. Cette petite callosité, tout à fait indolente pendant ngues années, devint très douloureuse à la pression, il y a 5 ans, uelque temps après, s'ulcéra. Des pansements à l'acide borique ièrent une cicatrisation presque complète de la plaie dans l'espace mois. Mais quand le malade reprit son travail, l'ulcération reparut. bout de quelques mois, un ganglion était constaté à la face interne

du bras, au-dessus de l'épitrochlée, et un autre plus volumineux occupait le creux axillaire. Depuis lors, de nombreux nodules sous-cutanés se sont développés sur toute l'étendue du membre supérieur.

B. Voici, d'après M. Barrier, interne des hôpitaux, quelle était la situation du malade en septembre 1889, dix-huit mois après l'ulcération du durillon palmaire.

Au niveau du pli d'opposition du pouce gauche, existe une ulcération longue de 2 à 3 centim., large d'un 1 à 2 centim., dont les sont irréguliers et font relief. A la partie supérieure de cette perte de substance, une bride de tissu sain sépare l'ulcération en deux parties distinctes. Dans la partie supérieure, on remarque un lobule de la grosseur d'une lentille, d'aspect lisse et violacé, et dans son voisinage, une anfractuosité d'où l'on fait sourdre un peu de sanie fétide. Dans la partie inférieure de l'ulcération, on note également un lobule semblable à un bourgeon charnu revêtu d'un amas corné. Au-dessous de ce lobule, commence une fissure qui suit le pli de flexion du pouce et l'intéresse dans la majeure partie de sa longueur.

A la face antérieure de l'avant-bras, on compte sept petites saillies nodulaires du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Ces nodules siègent dans l'hypoderme, ils sont mobiles, sans adhérence à la peau, sauf au niveau du pli du coude où il y a un commencement de fusion entre l'une des saillies sous-cutanées et la face profonde de la peau. En certains points, le doigt peut suivre la traînée lymphatique sous-dermique qui relie entre eux les différents nodules.

Au bras, à deux travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée, on remarque un nodule de la grosseur d'un pois inclus dans la peau. A trois travers de doigt au-dessus, la palpation fait reconnaître un ganglion qui s'abrite sous le bord interne du biceps.

Un peu plus haut, le doigt rencontre deux saillies superficielles qui donnent l'impression de grains de plomb, la peau glisse facilement à leur surface.

Contre la paroi interne de l'aisselle est accolé un ganglion immobilisé dans une zone d'empâtement.

C. — Voici la note qui fut recueillie lors de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, le 12 octobre 1891.

L'ulcération palmaire située dans le pli d'opposition du pouce a 6 centim. en longueur sur 3 au plus en largeur. Ses bords sont taillés à pic et décollés, son fond inégal et mamelonné secrète une sanie très fétide et répose sur une base indurée. Trois ou quatre nodules sous-cutanés, siégeant au-dessus de la saignée du bras, se sont fusionnés, puis transformés en une masse fluctuante qui s'est ouverte spontanément il y a un an et a donné issue à un liquide louche. Un trajet fistuleux persista longtemps, puis son orifice s'élargit et donna naissance à l'ulcération qu'on observe actuellement. C'est une perte de substance irrégulière, de la grandeur d'une pièce d'un sou, à bords sinueux, nettement coupés et décollés, à fond vermeil rendu très irrégulier par de nombreux bourgeons charnus. Cette ulcération repose sur une plaque d'induration ligneuse à laquelle sont accolés plusieurs nodules sous-cutanés. A quatre centimètres au-dessous de cette ulcération, sur la ligne médiane de



l'avant-bras, on remarque une ulcération ovalaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic, à fond jaune constitué par un bourbillon, ce qui donne à cette perte de substance l'aspect d'une gomme syphilitique. Le fond de l'ulcère repose sur une grosse masse de nodules, du volume d'un noyeau de cerise ou d'une noisette, fusionnés ensemble.

A côté de ces lésions en activité, il existe un processus de réparation plus ou moins évident. A la partie inféro-interne du bras gauche, on remarque une plaque cicatricielle violacée, située sur une base indurée, et entourée de nodules sous-cutanés. Cette plaque n'est pas entièrement guérie, il existe encore au centre une ulcération minime.

Vers le milieu de la hauteur de l'avant-bras, sur la ligue médiane, on observe une plaque très dure, recouverte d'une mosaïque cornée. Il n'y a jamais eu d'ulcération à ce niveau.

Cette plaque offre, au dire du malade, un aspect identique à celui de la callosité palmaire qui paraît avoir été le point de départ de tous les accidents.

Outre ces lésions, le palper fait reconnaître des nodules de la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une noisette. Quelques-uns sont disposés en série linéaire au-dessus de l'ulcération palmaire initiale. De l'apophyse styloïde du radius, sur le bord externe de l'avant-bras, se détache une traînée de sept nodules qui aboutissent, en se portant obliquement en haut et en avant, à l'ulcération située au-dessous de l'avant-bras et tapissée d'un bourbillon.

Au-dessus de cette ulcération la traînée nodulaire recommence, elle se dirige en dedans et se cache sous le bord interne du biceps; pendant son trajet brachial, la traînée est représentée par cinq à six nodules, fermes, reliés par une corde indurée, ce qui donne à l'ensemble une disposition moniliforme.

A l'exception de deux nodules erratiques qui occupent la face antérieure de l'avant-bras, tous les autres sont manifestement en connexion avec les voies lymphatiques.

Les ganglions axillaires sont volumineux et font corps avec la paroi costale. Les ganglions sus-claviculaires et cervicaux ne paraissent pas intéressés.

Toutes les ulcérations saignent au moindre contact. Elles exhalent une odeur d'une fétidité extrême, semblable à celle que répandent certains cancers.

Les douleurs spontanées sont très moderées, le malade ne ressent que quelques élancements légers dans les doigts; mais la pression au niveau de la main et de l'avant-bras réveille des douleurs assez vives.

L'état général est excellent. L'examen du sang montre que le nombre des globules blancs est normal.

D. — Pendant le séjour du malade à l'hôpital Saint-Louis, des bains de bras antiseptiques à l'acide phénique et au sublimé furent prescrits pour faire disparaître la sanie extrêmement fétide qui recouvrait les ulcérations. On eut également recours, à deux reprises, au grattage des ulcérations et à leur cautérisation au fer rouge. Mais ces opérations furent partielles et incomplètes, elles n'amenèrent aucune amélioration.

les lésions progressèrent, au contraire, d'une manière inquiétante, et à la fin du mois de juillet de l'année 1892, l'état était le suivant:

L'ulcération palmaire initiale a pris une très grande extension. Elle remonte le long du pli d'opposition du pouce et laboure la racine de l'éminence thénar. La paume de la main, dans toute son étendue, est infiltrée sans qu'on puisse y reconnaître des nodules distincts. L'index, depuis sa racine jusqu'à l'extrémité libre, est volumineux, la peau qui le recouvre est sclérosée. Les faces palmaire et externe de ce doigt sont le siège d'une vaste ulcération qui se continue supérieurement avec l'ulcération de la paume de la main et qui est subdivisée en plusieurs départements par des bandes de tissu sain, ou du moins, non ulcéré.

Le dos de la main est également indurée. Au voisinage de son bord interne sont groupés cinq ou six petites saillies d'un violet foncé. Plusieurs d'entre elles portent à leur sommet une ulcération en voie de formation. Quand elles se sont rempues, elles ont donné beaucoup de sang et plusieurs petites tumeurs violacées du voisinage se sont affaissées, ou même déprimées en godet depuis l'hémorrhagie.

A l'avant-bras, les faces interne et externe sont saines. La face postérieure présente au-dessous du poignet un trajet fistuleux en partie comblé par un gros bourgeon charnu, c'est le vestige d'un nodule, transformé en poche sanguine, qui a été incisé. Le milieu de l'avant-bras est occupé par une grosse tuméur hémisphérique, fluctuante, violacée et sillonnée de gros cordons veineux dilatés. La face palmaire de l'avant-bras présente une induration dermique et sous-dermique en nappe. Celle-ci n'est pas uniforme, elle est constituée par la coalescence, la fusion incomplète de nodules de volume et de consistance variables, suivant leur âge. On remarque en outre sur cette face palmaire des cicatrices violâtres, enfoncées en forme de godet à leur centre. Au bras, l'infiltration remonte jusqu'à mi-hauteur. Sur cette plaque sont parsemés des nodules à différentes phases de leur évolution, des ulcérations saignant au moindre contact, et des cicatrices qui se déchirent avec la plus grande facilité. Au-dessus de la partie moyenne, la peau du bras redevient souple, on n'y constate que deux nodules le long du bord interne du biceps. Sur les masses ganglionnaires situées dans le creux de l'aisselle, on remarque deux cicatrices froncées et une fistule en cul de poule, d'où émergent de gros bourgeons et d'où suinte continuellement du sang en assez grande abondance pour traverser le pansement de part en part.

L'état général du malade s'est maintenu assez bon pendant plusieurs mois malgré l'existence de plusieurs érysipèles intercurrents, et malgré des hémoptysies légères qui survinrent à diverses reprises. Mais les hémorrhagies répétées et presque quotidiennes qui se faisaient à la surface des ulcérations, finirent par affaiblir le malade, et, sur ses instances, une intervention chirurgicale fut décidée.

M. le Dr Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, considérant qu'une opération radicale était impossible, s'appliqua à faire disparaître toutes les sources d'hémorrhagie et toutes les excavations anfractueuses dans lesquelles des matières septiques étaient accumulées.

Les trois premiers doigts de la main gauche, leurs métacarpiens et la partie correspondante du carpe furent réséqués. Toutes les ulcérations furent grattées avec la curette. L'opération, dont les suites furent très simples, eut ce résultat avantageux de supprimer toute suppuration et toute fétidité. A partir de cette époque, les surfaces sécrétantes ne furent plus baignées que par un liquide limpide, presque incolore ou teinté de sang, n'exhalant aucune odeur. Mais l'induration diffuse, les nodules et les ulcérations ne continuèrent pas moins à progresser.

En résumé, chez un homme jeune et vigoureux un durrillon palmaire, qui existait depuis de longues années, s'ulcère sans cause appréciable, il y a cinq ans, et devient l'origine de nodosités disposées pour la plupart sur le trajet des voies lymphatiques. Nous avons pu suivre le développement de plusieurs nodules depuis leur apparition jusqu'à leur terminaison. Chacun s'est comporté de la façon suivante. La nodosité consiste d'abord en une petite masse sous-cutanée, très mobile, glissant comme un ganglion sous la peau saine. Plus tard, ce nodule grossit, adhère à la peau et devient fluctuant. Le derme à ce niveau s'amincit et prend une coloration violacée, ce qui tient à ce que le contenu de la petite collection est sanguinolent. Certaines de ces tumeurs sont réductibles et communiquent largement avec des nodules voisins qui se gonflent pendant tout le temps qu'on maintient la compression sur l'une d'elles.

Ces tumeurs sanguines peuvent acquérir un volume assez considérable et même égaler les dimensions d'une grosse noix. Tôt ou tard, la peau, amince par une résorption qui se fait de la profondeur vers la superficie, finit par céder, et de la fissure s'échappe un liquide très fortement teinté par du sang ou même du sang pur.

L'orifice de la poche reste fistuleux et s'élargit. Une ulcération à ciel ouvert lui succède; son fond repose sur une plaque indurée, parfois très étendue et intéressant à la fois le derme et l'hypoderme. Ses bords sinueux et décollés, sa surface inégale et mamelonnée, vermeille ou tapissée d'un bourbillon, saigne ou moindre contact. Ce suintement sanguin est l'un des caractères les plus importants et les plus constants de ces ulcérations, il entraîne à la longue un état d'anémie prononcé. Lorsque ces ulcérations sont traitées antiseptiquement, la sanie fétide dont elles sont recouvertes disparaît, elles ne sécrètent plus qu'un liquide limpide presque incolore et sans aucune odeur.

Cette période ulcéreuse peut persister i
aussi se terminer par une guérison plus ou r

La place des ulcérations guéris est ma
violacée, déprimée en godet.

Presque toujours la réparation n'est qu
la cicatrice se détruit souvent spontaneme
durable; l'induration ligneuse persiste au-dess

A un stade avancé, une infiltration diff
sur tout le membre malade, comme dans la
taire du Professeur Kaposi, et masque les
qu'on a quelque peine à délimiter par le pal

La variété de sarcomatose que nous
plusieurs autres affections.

Des nodules indolents qui se développe
le trajet des lymphatiques, qui se ramolliss
place à des ulcérations persistantes, voilà
symptômes qui éveillent immédiatement l'id
tuberculeuse. Toutefois, l'affection qui nous oc
caractères qui lui appartiennent en propre, t
la transformation des nodosités en po
fréquence des hémorrhagies qui se f
ulcérations. Jamais les gommes tuberculeus
ainsi. Aussi avons-nous eu recours à l'expéri
s'il s'agissait d'une manifestation tuberculeuse
inoculés, soit avec le pus suintant des ulcé
fragments de nodules à divers degrés de leur é
inoculés avec du pus sont morts d'infection py
qui avait reçu dans le péritoine 3 c. c. de s
seringue stérilisée d'un nodule transformé en
présenté aucun symptôme morbide. Des
recueillis pendant les deux séances de gra
soit dans le péritoine soit dans le tissu cellu
et maintenus à l'aide de suture au crin de F
fragments situés sous la peau se sont rés
vestiges. Les animaux sont restés vigoureux
n'ont pas présenté d'adénopathies. Quatre
fiés de trois à six mois après l'inoculation, r
de tuberculose. Trois animaux sont encore vi
Il est donc bien certain, après ces résultats
culose ne peut pas être mise en cause.

Il ne peut pas non plus être question d'un cas de farcinose chronique. Trois des animaux qui ont été inoculés dans le péritoine étaient des cobayes mâles, aucun n'a présenté la vaginalité caséo-suppurée si caractéristique qui survient constamment à la suite de l'injection intra-péritonéale d'un produit morveux.

L'actinomycose peut, à titre exceptionnel, avoir pour siège initial un membre. Elle se traduit ordinairement par des collections à contenu variable qui se développent au milieu de masses indurées, circonscrites ou diffuses. Elle rappelle donc par quelques-uns de ces caractères l'affection qui nous occupe. Mais malgré de nombreuses et patientes dissociations nous n'avons jamais pu distinguer de grains d'actinomycètes dans le sang ou le pus des nodules et des ulcérations.

L'examen microscopique répété maintes fois a toujours été négatif, l'hypothèse d'une lésion relevant de l'actinomycète est donc à rejeter.

Notre malade paraît avoir eù, il y a huit ans, un chancre et peu après des plaques muqueuses. Nous avons donc, à tout hasard, institué un traitement mixte énergique. Mais le malade n'en a retiré aucun bénéfice, ce qui permet d'éliminer également la syphilis.

Étude histologique et bactériologique. Lors de l'entrée du malade à Saint-Louis, les ulcérations étaient recouvertes d'une sanie extrêmement fétide. Nous avons séparé de cette sanie, par les cultures, plusieurs variétés de bacilles qui toutes, sauf le pyocyanique, étaient inoffensives pour le cobaye. D'ailleurs ces différentes espèces microbiennes végétaient à la surface des ulcérations, à l'état d'épiphytes; toutes les cultures tentées avec le suc recueilli dans l'intimité du tissu morbide sont demeurées stériles.

Les coupes colorées par les divers procédés usuels n'ont jamais décelé la présence de microbes dans l'intérieur des nodosités.

Les applications et les bains antiseptiques, les grattages et l'amputation partielle, firent disparaître la fétidité et la suppuration, phénomènes d'emprunt, mais ils n'arrêtèrent pas l'évolution des nodosités. Pour tous ces motifs, ils ne nous semble pas possible d'attribuer aux microbes banals trouvés à la surface des ulcérations un rôle actif dans la genèse des accidents.

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique de plusieurs nodules d'âge différent, et de suivre l'évolution du processus depuis son origine jusqu'à sa phase ultime.

Nous étudierons successivement : *a*) les lésions constatées dans un nodule sous-cutané encore récent; *b*) les lésions observées dans la peau, quand celle-ci est envahie dans toute son épaisseur, et la transformation des nodules en poches sanguines; *c*) les altérations des ganglions lymphatiques.

*a*) Examen d'un nodule sous-cutané adhérent à la face profonde du derme.

Toutes les couches de l'épiderme sont normales. Les bourgeons interpapillaires ne sont pas hypertrophiés. Les papilles ont leur dimensions habituelles. Suivant leur axe, on observe à peu près constamment des traînées verticales de jeunes cellules. Ces traînées linéaires aboutissent à d'autres traînées de cellules identiques, mais plus volumineuses, à disposition générale horizontale, bifurquées ou étoilées, siègeant dans la partie superficielle du derme. Ces diverses traînées sont évidemment des manchons disposés autour du système vasculaire. Ce qui le démontre, c'est qu'une cavité peut être constatée suivant l'axe de la traînée en quelques points; en d'autres plus nombreux, le manchon cellulaire présente à une de ses extrémités ou en son milieu un orifice vasculaire très net.

Tantôt le vaisseau paraît être une veine ou un capillaire, tantôt c'est une figure étoilée, sans paroi propre, qui représente sans doute un espace lymphatique.

A partir de la couche superficielle, à mesure qu'on examine des couches dermiques de plus en plus profondes, les altérations deviennent de plus en plus prononcées. Ces altérations consistent, dans la portion moyenne du derme, en une dissociation des faisceaux fibreux qui sont écartés les uns des autres par des travées cellulaires. Suivant l'incidence des faisceaux qui constituent le feutrage du derme les amas de cellules intercalaires se présentent comme des rubans longitudinaux ou comme des figures étoilées. Ces amas de cellules néoformées sont très abondants au voisinage des glandes sébacées, sans doute à cause de la richesse vasculaire de ces appareils. Dans la partie inférieure du derme et dans l'hypoderme les cellules forment une couche presque continue, sillonnée par quelques rares rubans d'un rose clair représentant les faisceaux fibreux écartés pas d'innombrables cellules interposées. Les fibres elastiques sont partout conservées, même dans les régions les plus altérées.

Les cellules qui constituent le tissu morbide n'ont pas partout la même configuration. Celles qui siègent dans les papilles et dans

les régions superficielles du derme, c'est-à-dire dans les parties envahies en dernier lieu, sont plus petites que celles qui occupent les couches profondes, elles sont arrondies, presque réduites à leur noyau, fortement colorées et méritent le nom de cellules embryonnaires; pourtant au milieu de celles-ci, on observe un certain nombre d'éléments plus volumineux, allongés, fusiformes ou ressemblant à des cellules pavimenteuses. Dans les parties moyennes et inférieures du derme les cellules les plus anciennes changent peu à peu de caractères : elles sont beaucoup plus volumineuses, leur noyau se colore encore assez bien, mais leur protoplasma est à peine teinté en jaune par le picrocarmin.

Ces cellules pavimenteuses, polygonales, serrées les unes contre les autres dans les mailles du derme, simulent au premier abord des cellules cancéreuses enfermées dans leurs alvéoles. Les bords des cellules ne présentent jamais de crénelage. Les coupes traitées par le pinceau ne contenaient pas de tissu réticulé. La même description est applicable à plusieurs coupes prises dans divers points du membre malade.

*b*) Examen d'un nodule avec envahissement consécutif de la peau dans toute son épaisseur. Transformation d'un nodule plein en géode sanguine.

Dans toutes les coupes, même dans celles qui passent au niveau de points où la peau est ulcérée de part en part, il est facile de reconnaître que les parties superficielles ont été prises les dernières. Le point le plus important à relever, c'est l'état des vaisseaux. Dans les régions du derme situées à la limite de la zone d'envahissement, on observe d'enormes ectasies veineuses et capillaires gorgées de sang. On y reconnaît aussi des figures spéciales qui ressemblent au premier abord à des cellules géantes. Elles sont rondes ou ovalaires; sur le fond jaune pâle, mal coloré, se détachent de nombreuses cellules arrondies ou pavimenteuses, identiques à celles qui forment le tissu morbide. Ces figures sont limitées par une membrane très nette. Il est fort probable qu'il s'agit de bourgeons néoplasiques qui ont oblitéré des vaisseaux veineux. En quelques points, on peut saisir ce travail en voie de formation, le vaisseau n'est qu'en partie comblé par un bourgeon néoplasique qui fait saillie dans sa cavité, la portion du vaisseau resté perméable contient du sang. Ces oblitérations vasculaires, très nombreuses en certaines régions, sont vraisemblablement l'origine des foyers de nécrobiose qui sont disséminés dans le tissu néo-

Depuis la rédaction de ce travail le malade a succombé à une pleurésie purulente à streptocoques, le 10 octobre 1890.[1]) L'autopsie a confirmé le diagnostic de sarcomes.

Autopsie. — Dans la plèvre droite, on constate la présence de deux litres de sérosité purulente contenant très peu de fausses membranes fibrineuses : la cavité pleurale n'est pas cloisonnée; le poumon droit tout entier est revenu sur lui-même; il n'adhérait pas au diaphragme.

Dans la plèvre gauche, il existe quelques adhérences fibreuses anciennes, surtout au niveau du diaphragme. La séreuse de ce côté ne contient que quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Sur la paroi costale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, sont disséminées une trentaine de petites tumeurs mobiles, fermes, d'un blanc rosé, ayant le volume et la forme d'une lentille ou d'un haricot. Ces tumeurs sont agglomérées en grand nombre sur le point de la face interne de la paroi costale qui correspond au paquet des ganglions axillaires qui sont intimement soudés à la face externe de cette paroi. On remarque un groupe aussi considérable au niveau de la plèvre diaphragmatique. Quelques tumeurs sont situées sous la plèvre viscérale; la plupart adhèrent lâchement au parenchyme pulmonaire qu'elles refoulent. Mais quelques-unes plus volumineuses sont fusionnées avec le tissu pulmonaire. Certaines sont creusées au centre d'une petite cavité remplie de sang et parfois cette cavité communique avec les dernières ramifications bronchiques. C'est ce qui explique les petites hémoptysies que le malade a présentées à plusieurs reprises. Tous les nodules sont sous-pleuraux, il n'en existe aucun dans la profondeur du poumon. Il n'y a pas de nodosité sous la plèvre droite. Pas de tuberculose pulmonaire. Les ganglions bronchiques paraissent sains.

Le péricarde contient un peu de sérosité louche; le cœur ne présente rien d'anormal.

Le foie est volumineux et pâle; il paraît gras. La rate est de volume normal.

A la surface de l'un des reins, quatre nodules font saillie. Leur volume varie d'un grain de chènevis à celui d'un pois; ils sont fermes, d'un blanc rosé. L'un d'eux est entouré d'une zone ecchymotique d'un noir ardoisé. Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Nous avons fait l'étude histologique de plusieurs des nodules secondaires.

*a.* — Examen d'un nodule sarcomateux libre d'adhérences, situé sous la plèvre costale.

Ce nodule, qui a la forme et le volume d'une lentille, est constitué presque en totalité par des cellules. Ces éléments sont fusiformes, polygonaux ou irrégulièrement arrondis. Ils contiennent un et souvent plusieurs gros noyaux qui se colorent très vivement par l'hématoxyline

[1]) Le malade a présenté quatre poussées érysipélateuses; depuis la première, survenue au commensement de l'année 1892, nous avons constaté la présence du streptocoque à l'état permanent à la surface des ulcérations.

et le picro-carmin. Sur le fond se détachent q
dans lesquels on remarque beaucoup de cellule
sanguins sont nombreux et dilatés; ils n'ont p
endothélium repose sur un ou deux rangs de
posées transversalement par rapport à l'axe du
d'observer dans le voisinage des blocs arronc
paraissent constitué par du pigment hématique à
points, les cellules sarcomateuses sont écartée
hématies nombreuses. Cette infiltration sangui
de la lésion qui aboutit à la formation de géo

*b*) — Examen d'un nodule sarcoma
hérent au poumon.

Ce nodule présente la même constituti
semble s'être développé à la surface ou dans l
de la séreuse. Sa base repose sur un réseau
se continue au delà des limites de la néo
plèvre. Au-dessous de celle-ci, dans une certain
mateux s'est substitué au parenchyme pulmona
disparu. L'infiltration sarcomateuse ne se terr
suit les espaces conjonctifs du poumon et s'ét
assez considérable. Ce tissu sarcomateux sous-p
que celui qui est situé au-dessus de la séreuse.
entourés d'un manchon de cellules embryonnaires
un bourgeon néoplasique qui rétrécit considera
le tissu sarcomateux sous-pleural est parsemé de

*c*) — Examen de deux nodules sar
surface du rein.

Dans celui qui paraît le plus récent, on
a débuté dans les couches profondes de la c
Vers le centre le tissu normal a entièrement
par du tissu sarcomateux analogue à celui que
A la périphérie, l'infiltration néoplasique s'étend
qui semblaient normaux à l'œil nu.

Dans le noyau qui paraît plus âgé, le ce
et nécrobiosé; il plonge comme un coin dans
ne reconnaît les limites qu'à la présence de qu
encore sains. A mesure qu'on s'avance vers la
tubes contournés deviennent de plus en plus n
ment dissociés par des traînées de tissu sarc
plus ou moins bas dans le parenchyme réna
nodule est très friable, elle disparaît sur la plu
les manipulations.

En résumé, dans les nodules secon
des nodules cutanés, le tissu néoplasique est
fusiformes ou polygonales. Les vaisseaux sont
à des hémorrhagies interstitielles ou sont obt
sarcomateux.



Conclusions.

1° Des tumeurs sarcomateuses peuvent rester pendant plusieurs années limitées à un membre. Elles se propagent suivant le trajet des lymphatiques et envahissent les ganglions qui semblent faire obstacle pendant un certain temps à leur dissémination.

2° Ces tumeurs deviennent le siège d'ulcérations qui peuvent persister où être suivies de cicatrisation en général partielle et non durable.

3° Elles offrent dans leur mode de distribution, leurs caractères et leur évolution une grande analogie avec la lymphangite tuberculeuse nodulaire, mais elles s'en distinguent par les hémorrhagies incessantes qui se produisent, soit dans l'intimité du tissu néoplasique, soit à l'extérieur après l'ulcération.

4° Des hémoptysies survenant dans le cours de la maladie sont en faveur du diagnostic d'une sarcomatose étendue au pauna, si l'expectoration ne contient que des bacilles de Koch.

5° L'étude histologique nous montre quelles sont les causes des hémorrhagies. Des bourgeons néoplasiques oblitèrent un grand nombre de capillaires et de veines. Ces troubles circulatoires ont pour conséquence la formation dans le tissu morbide de foyers de dégénérescence au sein desquels se produisent des hémorrhagies secondaires.

---

Herr Gaucher (Paris):

## Des Métastases du Psoriasis.

Messieurs,

Au Congrès international de 1889, je vous ai communiqué un travail sur les métastases de l'eczéma, envisagé comme la manifestation cutanée d'une auto-intoxication chronique. Comme suite à cette communication, je désire aujourd'hui vous présenter quelques considérations sur les métastases du psoriasis.

C'est un retour aux idées humorales que je voudrais tenter, car je crois qu'il est temps de revenir à l'ancienne doctrine française trop oubliée, qui regardait les maladies de la peau comme des affections cutanées constitutionnelles. — C'est cette ancienne doctrine que je vous propose de reprendre, en la rajeunissant.

Je crois que, dans la grande majorité
affections nettement parasitaires, il faut con
la peau comme des **accidents cutanés**, p
suivant la cause et la durée de cette cause,
par une intoxication aiguë ou chronique. L'i
des dermatoses est rarement mais quelque
plus souvent d'origine végétale, infectieuse
de nature animale.

Cette intoxication animale ou auto-int
due a l'élaboration vicieuse de la matière a
L'élimination du poison par la peau prod
celle-ci est donc le résultat d'un effort élimin
vous guérissez trop rapidement et impruden
supprimez l'élimination cutanée et vous pro
**métastases viscérales.**

Ce qui est vrai pour l'eczéma, ainsi q
l'ancienne théorie humorale française, est
Psoriasis.

Personne n'ignore que les malades att
sujets, comme les eczémateux, a des **manife**
multiples, portant soit sur l'appareil respirat
digestif, soit sur l'appareil circulatoire etc.
sont relatés par tous les anciens auteurs,
compte de la pathologie générale et qui ne
de faire de la dermatologie descriptive. Le
alternances du psoriasis avec l'asthme, avec
dysepsies, avec le rhumatisme articulaire, et
surtout depuis l'enseignement de Bazin, qu'o
oublié. On sait que les psoriasiques terminen
par l'artério-sclérose et ses conséquences :
thromboses et embolies cérébrales, ramolliss
M. Barthélemy m'a rapporté plusieurs cas d
chez d'anciens psoriasiques. On sait égalem
les malades atteints de psoriasis finissent par
viscéral : cancer de l'estomac, du foie, de l'
culièrement cancer du rectum, comme l
M. Bouchard.[2])

[1]) Bazin: Leçons sur les affections cutané
dartreuse. 2e édit. 1868, p. 111.

[2]) Communication orale.

Mais tous ces faits peuvent être considérés et sont en effet généralement considérés aujourd'hui, bien à tort selon moi, comme des coïncidences. Ce sont au moins des manifestations de la même diathèse, du même état morbide général, l'arthritisme ou l'herpétisme, quel que soit le nom qu'on lui donne. Il y a là, sans contredit, pour produire tous ces accidents si disparates au premier abord, cutanés d'abord, viscéraux ensuite, une même cause générale, une auto-intoxication chronique de l'économie, dont le poison organique, résultat de la nutrition viciée, porte successivement son action sur la peau et sur les organes internes.

Il y a plus, à mon avis. Ce n'est pas indifférement, sans raison et sans ordre chronologique, que la même cause donne naissance à ces manifestations multiples, si différentes de forme et de siège. Comme l'a dit Bazin,[1]) les maladies constitutionnelles ou les diathèses ne rétrogradent pas dans leur évolution. Cette évolution a une marche fatale, dont les étapes sont nettement définies; les lésions cutanées sont les premières en date, les lésions vasculaires et viscérales n'apparaissent qu'à une période ultérieure. Je veux bien que, dans un certain nombre de cas, l'apparition des lésions internes ou viscérales ne soit que le résultat de la marche générale de la diathèse et qu'elles se produisent sans qu'on ait rien fait pour hâter ou pour provoquer leur manifestation. Ces cas sont nombreux, à la vérité; mais il y en a d'autres où l'explosion des accidents viscéraux a succédé si nettement, si immédiatement à la disparition de la dermatose, qu'il est impossible de ne pas admettre une relation de cause à effet entre la guérison de la peau et l'invasion morbide des organes internes. C'est pour ces cas que je persiste à conserver l'ancienne dénomination et l'ancienne doctrine des métastases. Dussé-je être seul de mon avis, je continuerai à défendre, ce que je considère comme la vérité traditionnelle.

En fait, l'observation de tous les temps a montré que la disparition rapide d'un psoriasis pouvait donner naissance à une affection organique grave.[2]) J'ai vu, après d'autres, des troubles dyspeptiques et des bronchites tenaces succéder immédiatement à la guérison de psoriasis étendus, et les accidents gastriques et bronchiques disparaître, dès que l'éruption se montrait de nouveau. C'est à la spécialisation exclusive que l'on doit de ne plus observer

[1]) loc. cit. p. 70.

[2]) Hillairet et Gaucher. Traité des maladies de la peau. p. 616.

ces faits; car, une fois sa dermatose guérie, le malade va consulter, pour sa bronchite ou sa dyspepsie, un autre médecin que le dermatologiste, et celui-ci n'est pas témoin des conséquences de son traitement.

Les phénomènes métastatiques sont parfois plus profonds et plus graves. Hillairet a vu des accidents épileptiformes succéder chez un jeune homme à la guérison brusque d'un psoriasis.[2]) Bazin a signalé des cas de cancers viscéraux et de ramollissement cérébral, consécutifs à la disparition de l'éruption psoriasique.

On m'objectera que ce sont des faits anciens, dont les détails manquent, qui ont pû être mal interprétés, que l'anatomie pathologique a fait depuis lors des progrès, qui permettraient de donner aujourd'hui à ces faits une explication différente. Mais voici deux faits nouveaux récents, que j'ai vus et suivis moi-même et dont je possède l'observation complète; je les soumets à mes confrères:

Observ. I. — Psoriasis généralisé; guérison; attaque subite de rhumatisme articulaire aigu; endocardite, rhumatisme cérébral très grave.

L. . . ., âgé de 32 ans, entré le 25 juin 1879, à l'hôpital St. Louis, Pavillon Gabrielle no. 4, pour un psoriasis généralisé, occupant, sous forme de larges placards, le tronc et les membres, ayant envahi les ongles et interessant aussi le cuir chevelu.

Le malade est atteint de cette éruption psoriasique depuis l'âge de 17 ans. Son grand-père est mort goutteux, son frère est goutteux. Lui même n'a jamais eu d'attaque de goutte ni de rhumatisme, pas de migraines, pas d'autre manifestation arthritique.

Il est traité par les applications d'huile de cade, les bains de vapeur et les bains d'amidon alternativement.

Au moment de sortir guéri, le 1r août, il est pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, dans les membres inférieurs. Le lendemain les quatre membres sont envahis. Il n'y a plus trace de psoriasis.

On institue le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude; mais ce médicament provoque des nausées et on le remplace le 5 août par le sulfate de quinine. Le malade commence déjà à être agité et est très inquiet de son état.

Le 7 août les arthropathies des membres inférieurs ont disparu; les membres supérieurs sont toujours immobilisés par le rhumatisme. Le tronc présente une éruption confluente de sudamina. Il n'y a presque plus de fièvre (37·5°); on supprime le sulfate de quinine. Le malade continue à être inquiet et agité.

[2]) Hillairet et Gaucher. loc. cit. p. 156 et 179.

Le 9 août, les arthropathies des membres supérieurs persistent; la température s'élève (38·4°); on administre de nouveau le sulfate de quinine.

Le 11 août, le malade est mieux; ses douleurs ont presque disparu; cependant il est très inquiet, agité, peureux. Les sudamina persistent. M. le Dr. Quinquand, remplaçant le chef du service, Hillairet, en vacances, prescrit un bain de vapeur et la continuation du sulfate de quinine. Le soir Temp. 38·2°, P. = 96. Il n'y a plus de douleurs articulaires, mais un état de malaise général et un peu de délire.

Le 12 août, les bruits du cœur sont sourds et enroués (début d'endocardite); T. 40·6°. Application de dix ventouses, dont deux scarifiées sur la région précordiale. Le soir, l'état est le même; t. 40·8°. On prescrit une potion au chloral.

13 août. Le malade a dormi la nuit d'un profond sommeil. Ce matin il a du délire, de l'agitation; pas de céphalalgie. Ses pupilles sont contractées. La parole est entrecoupée, haletante. La miliaire est un peu plus pâle. On sent très bien la pointe du cœur; il n'y a pas de péricardite; mais les bruits cardiaques sont toujours sourds et enroués, sans souffle. La température est de 41·4°; le pouls à 100. M. Quinquand continue la potion de chloral et prescrit des bains froids, que je fais donner devant moi ce jour là et les jours suivants. Actuellement le rhumatisme cérébral n'est plus douteux.

13 août, à 1 heure de l'après midi, 1^r^ bain à 34°. — A 2^h^, t. 39·1°. — A 3^h^ 45, t. 41°; 2^e^ bain à 33°. — A 4^h^ 1/2, t. 39°. — A 6^h^ 1/2, t. 40°; 3^e^ bain à 30°. — A 7^h^, t. 39·1°. — L'état n'est pas plus grave. Les douleurs articulaires reviennent dans l'épaule gauche. De 8^h^ à 10^h^, sommeil, mâchonnement, paroles entrecoupées, soupirs. A 10^h^ 1/4, t. 40·8°. P. 112; rien de nouveau au cœur ni dans la poitrine. A 10^h^ 1/2, t. 40·1°. 4^e^ bain à 29°. — A 11^h^, t. 39°.

14 août, à 3^h^ du matin, t. 40·1°; 5^e^ bain à 29°. — A 3^h^ 35, t. 38·1°. — A 8^h^ 45, un peu de céphalalgie; t. 40·4°. 6^e^ bain à 29°. — A 9^h^ 35, t. 38°. Douleurs vagues dans les jointures; urines légèrement albumineuses. — A 3^h^ 20, t. 40°. 7^e^ bain à 30°. — A 4^h^, t. 38·2°. — A 7^h^ 20, t. 40·1°. 8^e^ bain à 29°. — A 7^h^ 40, t. 38°. — A minuit, 10 minutes, t. 40·1°. 9^e^ bain à 27°. — A minuit, 25 min., t. 38°.

15 août, à 7^h^ 55 du matin, t. 40°. 10^e^ bain à 27°. — A 8^h^ 20, t. 38·1°. — A 10^h^ 1/2, t. 38·8°. La nuit a été bonne; le malade a dormi. Irrégularités passagères du pouls et des battements du cœur qui disparaissent à 11 heures. Quantité d'urine : 2 litres. A 3^h^ 10, t. 40°. 11^e^ bain à 28°. — A 3^h^ 25, t. 38°. — A 4^h^ 1/2, somnolence et délire tranquille. Le malade est irritable, mécontent des soins qu'on lui donne; il remue constamment les bras. Convulsions partielles des muscles de la face. Pouls et cœur réguliers. A 7^h^ 10, t. 40°. 12^e^ bain à 29°. — A 7^h^ 50, t. 38·3°. — A minuit, 20 min., t. 40°. 13^e^ bain à 28°. — A minuit 40 min., t. 38·1°.

16 août, à 7 h 50 du matin, t. 40°. 14
t. 38·2°. Le pouls est à 68, régulier. Le mala
il n'a pas de délire, pas de douleur ni de gonfler
d'urine en 24 heures; beaucoup moins d'albun
pas à la selle; on prescrit un lavement purgatif

17 août. On a cessé les bains froids der
rature n'est pas montée au dessus de 39·1°. 3
mine. Le soir, le mieux continue; la tempé
dépassé 39°.

18 août, même état.

19 août, t. 38·6°. Le malade peut être
de son rhumatisme cérébral; mais il reste touj
Les bruits du cœur sont encore sourds, sous s

21 août. Douleurs dans l'épaule droite.

22 août. Temp. le matin, 38·2°.

23 août. Bruits du cœur toujours enroué
phénomène pulmonaire. Prescription : sulfate d

24 août. Les douleurs sont revenues da
Les bruits du cœur sont toujours sourds; la re
puérile du côté gauche de la poitrine.

25 août, t. 37·6°. La respiration est norma

27 août, t. 38·2°. Il y a encore un peu

28 août. Les douleurs des jointures pers
difficilement la bouche; il a la face et le cou b
oedemateux de la main gauche. Il est toujou
content. Il n'y a plus d'albumine dans l'urine. Temp. l

29 août, t. 38°, le matin.

L'état reste le même dans les premiers jo

6 septembre. Les douleurs articulaires o
disparu: il n'existe plus aucun gonflement. Dep
malade a une rétention d'urine, qui nécessite ce
évacuateur; le passage de la sonde est douloure
vessie (cystite du col). Le cathétérisme est encore néc

12 septembre. Le malade est à peu
l'hôpital pour retourner dans son pays. Il est en
sont à peine douloureuses; il n'y a plus trace
bruits du cœur sont toujours sourds; l'endocardit
ultérieurement.

Observ. II. — Psoriasis ancien généralisé;
tion; gastrite ulcéreuse ayant simulé un
Guérison par le régime lacté et la réapp

F . . . ., 49 ans, entré à l'Hôtel-Dieu Ar
1890, salle St. Bernard, no. 34, service de M.

Ce malade est un psoriasique héréditair
psoriasis discret des membres; sa sœur et un d



[1] D'après les notes recueillies par M. M. F
trastin, élèves du Service.

ment atteints de psoriasis. Il n'y a ni goutte ni rhumatisme dans la famille.

F... est affecté de psoriasis depuis l'âge de 15 ans. Il a été traité en 1866 à l'Hôtel-Dieu par des bains de sublimé (?); à cette époque son éruption était généralisée, en larges placards croûteux, sur toute la surface du corps. Il sortit de l'hôpital à peu près nettoyé; mais l'éruption revint toutes les années suivantes, plus ou moins marque.

En 1870, F... est entré à l'hopital Lariboisière pour une sciatique; on lui appliqua des pointes de feu; pendant six mois il marcha à l'aide de béquilles. Comme il n'y avait plus de charbon à Lariboisière pour faire chauffer les bains, on le transféra à Saint Louis, où il fut traité à la fois pour sa sciatique et son psoriasis, qui, d'ailleurs était très discret à cette époque.

Plus tard, il a été traité, pour ce même psoriasis, à l'hôpital militaire de Versailles, par l'arsenic à l'intérieur et les bains d'amidon. Il est ensuite envoyé aux Colonies, où il prend des bains de mer, et le psoriasis disparait pour un certain temps.

L'éruption revient en 1873, 1875, 1876. En 1876, en même temps que l'éruption qui s'est un peu atténuée, la sciatique reparait, accompagnée d'une arthropathie du gros orteil gauche, d'apparence goutteuse. Le traitement consista en ventouses scarifiées, vésicatoires, pointes de feu, frictions térébenthinées sur les lombes et le long du membre inférieur gauche. Le malade fut assez longtemps souffrant; il perdit l'appétit, son état général s'altéra, il ne pouvait marcher qu'avec peine et courbé en deux. Enfin il se rétablit et conserva son psoriasis, plus ou moins marqué, sans aucun traitement jusqu'en 1886. Pendant tout ce temps, à part l'éruption, sa santé générale était bonne.

En 1886, il entre à l'hôpital Saint Louis pour soigner son psoriasis; il est traité par l'huile de cade et sort guéri au bout d'un mois et demi.

Le psoriasis ne reparait pas; mais 5 à 6 mois après, les digestions deviennent pénibles, lentes, douloureuses, avec gonflement, sensation de pesanteur et de brûlure à l'estomac. Au bout de quelques mois encore, le malade commence a vomir; bientôt il vomit après tous ses repas; le lait lui-même n'est plus toléré, il est rendu en caillots. Cette période de dyspepsie graduelle dure 4 ans. F... maigrit, dépérit de plus en plus, perd ses forces, et enfin, le 17 septembre 1890 il entre à l'Hôtel-Dieu, dans un service dont était momentanément chargé M. Gaucher.

Chez lui, le malade n'a jamais suivi que le régime lacté partiel et assez irrégulièrement. — A l'hôpital, il est mis au régime lacté absolu; cependant il vomit encore presque tout ce qu'il prend. Au bout de huit jours, il est pris de v o m i s s e m e n t s  n o i r s, que l'administration de la glace parvient a arrêter. A ce moment, les vomissements noirs, l'aspect cachectique du malade, sa maigreur, sont teint jaunâtre donnent tout à fait l'impression d'un cancer de l'estomac. Par la suite de l'observation, on verra qu'il s'agissait seulement d'une gastrite ulcéreuse simple.

A la suite de ces hématémèses, qui durent plusieurs jours, les vomissements s'arrêtent. Outre la glace a l'intérieur, on avait appliqué une vessie de glace sur la région épigastrique; on avait même posé un vésicatoire.

Bref, les vomissements sont arrêtés; c'est alors que, pensant que la disparition du psoriasis pouvait être la cause de ces accidents gastriques, M. Gaucher, d'accord avec M. Dumontpallier qui était venu reprendre son service, ordonne des cataplasmes sinapisés, 5 le matin, 5 le soir, tous les jours, à appliquer successivement sur toute l'étendue du dos et des quatre membres. La peau se congestionne sous l'action irritante des sinapismes; le malade se trouve soulagé et l'appétit revient, mais le régime lacté est continué.

Le 29 septembre, F . . . passe de l'Hôtel Dieu à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service personnel du D[r] Gaucher, salle Saint Bernard. Le régime lacté absolu est encore continué, bien que les vomissements soient arrêtées et que les douleurs d'estomac soient calmées.

A partir du 5 octobre, on recommence la sinapisation; on applique chaque jour 12 à 14 sinapismes sur les différentes régions du corps.

Le 9 octobre l'état est satisfaisant; on permet d'associer quelques œufs à la coque au régime lacté.

Dans la nuit du 11 au 12, le malade est pris de douleurs très vives dans le dos, de crampes d'estomac; il ne vomit pas, mais il rend une selle abondante, couleur de suie (melaena). Il est remis au régime lacté absolu, avec application de glace sur l'estomac et glace à l'intérieur.

Le 13 octobre il est repris d'une crise gastrique très douloureuse, qui dure quelques minutes, mais n'est pas accompagnée d'hémorrhagie.

Le 18 octobre, il n'y a plus aucune douleur stomacale, pas de vomissements; les selles sont régulières et normales. Le régime lacté est maintenu et la sinapisation encore continuée.

Le 21 octobre, la santé est très bonne; on permet un peu d'alimentation solide, et notamment des œufs à la coque avec le lait.

Le 24 octobre, l'éruption psoriasique, qui est apparue peu à peu, est maintenant très nette et légèrement croûteuse, sur les coudes, sur les genoux et dans le dos. On cesse la sinapisation de la peau.

Le 29 octobre, peut-être à la suite d'un refroidissement, le malade est pris brusquement d'oppression, avec respiration sifflante et expectoration difficile; la poitrine est pleine de râles sibilants. — L'éruption se maintient d'ailleurs, elle est même assez prurigineuse, probablement sous l'influence de la sinapisation antérieure, et provoque le grattage. Prescription : ventouses sèches; potion avec 1 gr. d'iodure de potassium. XX gouttes de teinture de scille, 30 gr. de sirop Diacode.

Le 30 octobre, le malade a un accès d'asthme; c'est le premier de sa vie; on lui fait une piqûre de morphine et on lui applique 14 sinapismes sur tout le corps, en continuant la potion précédente. Sous l'influence de cette médication, l'accès se dissipe.

Le 1[r] novembre, on constate en arrière, du côté gauche de la poitrine, un souffle de congestion pulmonaire, accompagnée de fièvre.

Le 3 novembre, le souffle a disparu, la fièvre est tombée.

Le 8 novembre on permet des légumes avec le lait.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux; il commence à manger. Il a seulement un jour de la diarrhée et quelques crampes d'estomac. —

Le 22 novembre, il est complètement guéri et mange bien; le psoriasis réparait de plus en plus étendu sur les genoux et les coudes et dans le dos. Le malade sort de l'hôpital.

J'ai tenu à rapporter ces deux observations longuement et dans tous leurs détails, pour qu'il ne reste aucun doute sur l'interprétation des faits. Je pourrais en ajouter une troisième, qui est incomplète, car je n'ai vu le malade qu'une fois, mais qui est néanmoins très probante dans sa concision.

Une homme de 39 ans vient récemment me consulter pour une affection stomacale. Il se plaint d'étouffements, de gonflement gastrique après les repas, d'éructations gazeuses, de digestions difficiles, de gastralgie et de diarrhée; il n'a pas de vomissements. Je constate un peu de dilatation de l'estomac; mais l'intestin est certainement ici en cause, comme l'estomac. Ces accidents digestifs existent depuis 18 mois, et j'apprends que ce malade, qui était atteint de psoriasis généralisé depuis l'âge de 24 ans, a vu son psoriasis disparaître presque complètement, précisement il y a 18 mois. Actuellement il n'existe plus que quelques papules aux genoux.

Si l'on résume ces observations en quelques mots, on voit que : dans un cas, un rhumatisme articulaire aigu très grave, rapidement accompagné d'endocardite et de rhumatisme cérébral, s'est développé immédiatement après la guérison complète d'un psoriasis invétéré; dans un autre cas, la guérison du psoriasis a été suivie de dyspepsie graduelle, de gastrite ulcéreuse tellement grave, qu'elle a pu faire penser à un cancer de l'estomac, et enfin d'accès d'asthme, et les accidents gastriques ont guéri par la réapparition du psoriasis; dans un troisième cas, des accidents gastro-intestinaux chroniques ont succédé à la disparition spontanée d'un psoriasis ancien.

Dans ces trois cas, la métastase me semble bien établie. Il ne faut pas admettre l'extraordinaire en médecine, et cette succession de phénomènes serait vraiment trop extraordinaire pour une simple coïncidence.

Au surplus, je ne vois vraiment pas, je l'avoue, ce qui choque tant les idées modernes dans cette doctrine des métastases. L'action morbifique des poisons organiques de la désassimilation, est elle plus inacceptable dans les dermatoses chroniques, que

dans la goutte et dans l'urémie, comme je l'
sait-on pas que la suppression brusque d'ur
peut amener des accidents viscéraux? Il y
ment du poison morbide.

Pourquoi ce déplacement morbide, cette m
ne se produiraient-ils pas aussi bien de la p
que des jointures vers ces mêmes viscères?
principe pathogène est de même nature; dans
urique, dans les dermatoses chroniques cons
et psoriasis), ce sont toutes les matières excré
ment l'acide urique, mais toutes les matières
comme l'acide urique de la combustion inco
azotée dans l'organisme.

Voyez ce qui se passe dans certains ca
ques, où l'accumulation des matières excrém
à un vice de nutrition mais à un défaut d'
tionnement actif de la peau est pendant long
et supplée, dans une certaine mesure, à l'insu
rénale. C'est sous l'influence des sécrétions
et surtout de la nature irritante de la mat
développent les éruptions eczématiformes s
brightiques. Or ces éruptions doivent être r
ma part plusieurs malades préservés d'une
minente, par l'apparition d'une éruption eczé

Eh bien! Que l'accumulation de matière
l'économie soit le résultat d'une production
excrétion insuffisante, dans les deux cas le
et il vaut mieux que les matières toxiques dé
par la peau que de se porter sur tout autre
dans certains cas, savoir respecter les éruptio
tionnelles, aussi bien le psoriasis que l'eczém

Je ne voudrais cependant pas laisser c
pas le psoriasis. Je ne dis pas qu'il ne faut p
mais il faut la soigner avec prudence, et il
la traiter par des moyens locaux.

En dehors de la médication locale, qu
que partiellement et successivement, et en su
la santé générale du sujet, il est bon d'impo

[1]) Congrès international de Dermatologie. — 
et métastases de l'eczéma par E. Gaucher.

règles d'une hygiène sévère.[1]) Le malade atteint de psoriasis doit éviter les excès de toutes sortes, les aliments excitants et riches en matières extractives, telles que le bouillon et les jus de viande, les viandes faisandées etc.; il doit entretenir, avec un soin constant, le fonctionnement de la peau, se préserver du froid, se couvrir beaucoup pendant l'hiver, pour favoriser, autant que possible, la transpiration cutanée.

Enfin, le médecin doit surveiller la disparition graduelle de l'éruption et savoir arrêter son traitement si des accidents gastriques, bronchiques ou autres tendent à se montrer et à remplacer la dermatose. »Il ne faut pas oublier, comme je l'ai dit ailleurs,[2]) que certaines maladies cutanées font partie intégrante et comme indispensable du sujet qui les porte; les guérir serait ouvrir la porte à une complication plus grave.«

---

Herr O. Rosenthal (Berlin):

## Ueber atypische Psoriasis.

Wenn ich mir gestatte, Ihre Aufmerksamkeit kurze Zeit auf das von mir gewählte Thema zu lenken, so thue ich es in der Ueberzeugung, dass gerade in einem Kreise der anerkanntesten Autoritäten auf dem Gebiete der Dermatologie vielen bisher nur undeutlich oder noch gar nicht beschriebenen Erscheinungen, deren Unterbringung in das Krankheitsbild der Psoriasis Schwankungen unterworfen war, sowie den vielfachen, als ätiologisch angeführten Momenten eine bessere Klärung zu Theil werden könnte. Es dürfte so auch das Gesammtkrankheitsbild in schärferen Umrissen erscheinen. Ich will versuchen, an der Hand von 200 eigenen Fällen, die ich zu diesem Zweck zusammengestellt habe, und unterstützt durch die Literatur, die in einer demnächst erscheinenden ausführlichen Arbeit weitest gehende Berücksichtigung finden wird, die atypischen Formen dieser Hautaffection vorzuführen.

Frägt man nun, was ist typische Psoriasis, so ist die Beantwortung, wie sich bei dem Fortschreiten unserer Beobachtung her-

---

[1]) Hillairet et Gaucher. loc. cit. T. I. p. 179 et 616.

[2]) Traité des maladies de la peau. T. I. p. 179.

gleichzeitiges Schwinden oder abwechselndes Auftreten von Psoriasis und Eiweiss vorgekommen sei, so kann ich mich unter meinen Fällen nur einer alten Frau von einigen 60 Jahren erinnern, die neben einer Psoriasis geographica Oedeme beider Unterschenkel, Albumen und eine Parese der einen Körperhälfte zeigte. Auch in diesem Falle schwand das Albumen mit den Oedemen und der Psoriasis; die Patientin hatte aber nebenbei ein Vitium cordis, dessen Compensationsstörung durch die vorsichtig eingeleitete Bäder- und anderweitige Behandlung aufgehoben wurde. Kurzum Psoriasis und Albumen sind nach meiner Ueberzeugung absolut accidentell. — Auch ich bin nicht in der Lage, wie Polotebnoff über häufige Menstruationsanomalien — unter acht von seinen Fällen war nur in einem einzigen ein normaler Verlauf der Menstruation vorhanden — berichten zu können: es würde mir daher willkürlich erscheinen, wenn ich eine ungefähr $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem ersten Auftreten der Psoriasis eingetretene und $\frac{3}{4}$ Jahr bestehende Amenorrhöe bei einer 23jährigen Virgo mit der Hautaffection in Zusammenhang bringen würde, besonders wenn unter den anderen Fällen auch nicht ein einziges Mal eine besondere Menstruationsanomalie bemerkt worden ist. — Was die Untersuchung der elektrotactilen und elektrosensiblen Empfindlichkeit (Polotebnoff) sowie diejenigen über die Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung anbetrifft (Laycock, Rendu), so habe ich zwar auf diese Punkte nur in untergeordnetem Maasse meine Aufmerksamkeit gelenkt, halte aber die bisherigen Resultate für ebenso unsicher als auch wenig zuverlässig, da, wer sich mit diesen Versuchen beschäftigt hat, weiss, wie selten man ein für diese Zwecke an Wollen und Können geeignetes Individuum findet.

Auch ist mir eine besondere rheumatische oder arthritische Anlage, wie sie Polotebnoff und auch Andere (Devergie, Campbell, le Roy-Satterle, Bidenkap etc.) häufiger sahen, nicht aufgefallen. — Ueber die anderen Theorien kann ich mich noch kürzer fassen. So scheint die Auffassung der Psoriasis als chronische Infectionskrankheit (Kopp) schon aus dem Grunde hinfällig, weil es bisher kein Analogon gibt, dass nur ein Organ, in diesem Falle die Haut, von einer derartigen Krankheit befallen wird.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich anführen, dass das Auftreten von Psoriasis nach acuten Infectionskrankheiten, wie Variola und Intermittens (Chausit), Typhus (Polotebnoff), Scarlatina (Biart), Influenza (Schwimmer), von mir nur bei einem kleinen

Führe ich schliesslich noch an, dass von einigen Autoren (Willan, Bazin, Wertheim, Bulkley) die Psoriasis als ein constitutionelles Leiden aufgefasst worden ist, so bleibt mir, um dieses Capitel zu verlassen, nur noch übrig, auszusprechen, dass ich mich der Ansicht (Köbner etc.) anschliesse, dass die Psoriasis in einer eigenthümlichen Disposition des Hautorgans allein ihren Grund hat, bei der öfter hereditäre Verhältnisse — darauf werde ich gleich näher eingehen — mitsprechen, und bei der die Gefässnerven am meisten betheiligt zu sein scheinen. Der Ausbruch der Krankheit erfolgt auf die verschiedensten äusseren und inneren Reize, die das vasomotorische Hautgefässsystem treffen.

Ich gehe nun zur Frage der Heredität über, welche die meisten Autoren (Willan, Chausit, Wutzdorff, Köbner) bejahen und von der Kaposi sagt, dass dieselbe das einzige unzweifelhafte ätiologische Moment ist, da man selten einen Psoriatiker trifft, ohne dass ein Familienglied aufsteigender Linie nicht an dem Uebel leidet oder gelitten hätte. Auch dieser Theorie hat es nicht an Gegnern gefehlt (Fuchs, Duhring), von denen Polotebnoff unter 64 Fällen nur dreimal eine Heredität beobachten konnte. Ihm ist eine angeborene oder erworbene Prädisposition der Haut ebenso dunkel, wie die Dyskrasien der französischen Schule. Erasmus Wilson beobachtete in 30% Heredität, ich selbst konnte nur in 15% mit Bestimmtheit eine Heredität nachweisen, während in 46% ebenso sicher ein negatives Ergebniss vorhanden war, und alle irgendwie zweifelhaften Resultate in der Zahl 30% ihren Ausdruck finden. Unter diesen Fällen scheint mir besonders derjenige bemerkenswerth, in dem die Affection bei einem jungen Mädchen von 17 Jahren auftrat, während der erste Ausbruch bei der Mutter unzweifelhaft erst drei Jahre später im Alter von 45 Jahren von mir beobachtet wurde. Nebenbei war in diesem letzteren Falle die Affection nur auf den Kopf beschränkt. Ferner konnte unter meinen Kranken nur bei sehr wenigen (fünf oder sechs) Fällen eine Erkrankung der Geschwister nachgewiesen werden; im Allgemeinen ist das also ein sehr seltenes Vorkommniss. Nach diesem Ergebniss muss ich mich dahin äussern, dass zwar die Erblichkeitsverhältnisse nicht ausser Acht zu lassen sind, dass aber doch in der Majorität der Fälle die Disposition erworben wird. Man braucht dazu noch nicht wie Polotebnoff auf ein constitutionelles Leiden des Nervensystems zurückzugreifen, ebensowenig wie dieses bei der Prurigo oder der Ichthyosis der Fall ist. Aller-

dings gebe ich zu, dass in atypischen Fällen auch centrale Störungen vorhanden sein können.

Ueber das Alter, in dem die Krankheit zuerst auftritt, kann ich mich sehr kurz fassen. Der jüngste Patient, der bisher in der Literatur bekannt ist, war ein achtmonatliches Kind (Kaposi), und Elliot beobachtete bereits bei einem 18 Monate alten Mädchen neben Erscheinungen an charakteristischen Stellen Psoriasisplaques an den Flachhänden und Fusssohlen. Die Behauptung, dass in 40% eine Erkrankung bereits vor dem zweiten Lebensjahre eintritt, kann ich nicht bestätigen: Nach meiner Erfahrung fallen die häufigsten Erkrankungen in die Zeit der Pubertät und in das sich an diese anschliessende Decennium.

Männer wurden im Verhältniss zu Frauen wie 3 : 2 befallen, während in den Kinderjahren das weibliche Geschlecht prävalirt.

Dass die Psoriasis unter diametral entgegengesetzten körperlichen und gesellschaftlichen Bedingungen (Hebra) auftritt, lässt sich nur bestätigen.

Merkwürdig ist noch der Ausspruch Balmanno Squire's, dass die Psoriasis bei Juden vorkömmt und so eine Vorphase der Leprosis zu bilden scheint, während Myrtle die Identität der beiden Affectionen nicht anerkennt.

Das klinische Bild der Krankheit ist hinreichend bekannt, dagegen darf man einzelne Localisationen als besonders atypisch in das Auge fassen. Von Erkrankungen der Schleimhaut liegt mir nur ein einziger Fall — derselbe wird auch vereinzelt bleiben — von Pospelow vor, der bei einem 25jährigen Mädchen, das drei Monate vorher ein ulcus molle ad anum hatte, eine Psoriasis-Eruption der Haut und der Schleimhaut des Mundes, wobei Lues ausgeschlossen wird, bekommen haben soll. Auch die Ansicht Passavant's, dass die Psoriasis auf der äusseren Haut und den Schleimhäuten der Luftwege, des Magens und des Duodenums eine vermehrte Epithelienbildung veranlasst, schliesst sich der obigen Beobachtung in ihrem Werthe vollständig an. Die Erkrankungen der Nägel, die ich nur bei vier Patienten sah, und welche bei lange bestehendem Leiden häufiger erkranken (Cummiskey u. A.), ist in einem Falle Spadaro's als die erste Erscheinung der Affection beschrieben worden. Auch das Ergriffensein der Flachhände und Fusssohlen gehört, wie schon erwähnt, zu den Seltenheiten In der Literatur findet sich eine Anzahl einschlägiger Fälle (Elliot, Bulkley, Morrow, Alexander, Skirsky, Speransky,

Fox, Besnier, Morel-Lavallée) erwähnt: mir selbst sind zwei derartige Fälle zu Gesicht gekommen.

Die Erkrankung der Kopfhaut allein habe ich in acht Fällen gesehen; es ist auf diese beschränkte Localisation noch nicht genügend Werth gelegt, ebensowenig darauf, dass in den meisten Fällen von Psoriasis, in denen keine Efflorescenzen auf dem Kopfe vorhanden sind, eine Seborrhöe besteht. Ferner sind mir drei Fälle zu Gesicht gekommen, in denen nur die Glans oder das Praeputium befallen waren, und zwar handelte es sich in zwei Fällen um die absolut ersten Ausbrüche des Leidens. Der Zufall wollte es, dass mir in letzter Zeit zwei Patienten überwiesen wurden, bei denen es sich um Differential-Diagnose (Primäraffect oder nicht) handelte: bei dem einen Herrn bestand nur eine einzige charakteristische Papel auf der Glans, dicht am Sulcus coronarius; beide Patienten waren hereditär nicht belastet und konnte am übrigen Körper bei ihnen auch nicht die leiseste Spur einer Efflorescenz aufgefunden werden.

Wenn Polotebnoff behauptet, dass Knie und Ellbogen nicht so häufig erkranken, als in den Lehrbüchern angegeben wird, so widersprechen meine Aufzeichnungen diesem Ausspruche ganz und gar.

Von besonderen Formen wären die von Neumann beschriebene Psoriasis nigra und die von Anderson angeführte Psoriasis rupioides, die durch eine besonders starke Anhäufung von Schuppen zu deuten ist, zu erwähnen.

Unter den subjectiven Symptomen ist nur das relativ seltene Jucken, auf das Alibert zuerst aufmerksam machte, anzuführen, ich habe es unter meinen Fällen sechsmal notirt.

Zu den Complicationen, die in atypischen Fällen von Psoriasis vorkommen, gehört das Ekzem. Selbstverständlich handelt es sich dabei nicht um das Eczema psoriasiforme s. Eczema seborrhoicum (Unna), wenngleich auch die Meinung ausgesprochen wurde, dass Seborrhöe durch Maceration und Einnistung von Parasiten zu Psoriasis führt (Brocq), und gewisse Uebergangsformen ab und an vorkommen. Bei dieser Form besteht nur eine gewisse klinische Aehnlichkeit, die zu dem Namen Veranlassung gegeben hat. Dagegen ist schon seit Jahren auf die Schwierigkeit der Diagnose bei manchen Formen von diffuser Psoriasis gegenüber dem Eczema universale aufmerksam gemacht (Kaposi) und auch behauptet worden, dass es sich dann nicht mehr um Psoriasis, sondern um ein sich an die Psoriasis anschliessendes universelles Ekzem mit allen Symptomen



katarrhalischer Entzündung handelt (Auspitz). Neben mehrfachen Angaben in der Literatur (Neumann, Bulkley, Campbell, Kaposi, Matthieu) habe ich selbst in einer Anzahl von Fällen beide Affectionen gleichzeitig gefunden. Am häufigsten beobachtet man auch Kranke, bei denen Psoriasis an einzelnen Körperstellen und Ekzem an anderen Theilen vorhanden ist. So z. B. sah ich einen Maurer, der neben einer ausgebreiteten Psoriasis ein in Folge von Cement hervorgebrachtes nässendes Gewerbeekzem mit Rhagadenbildung an beiden Händen zeigte. Andererseits fangen auch Psoriasisefflorescenzen oder die Umgebung derselben durch Reizungen irgend welcher, natürlich auch therapeutischer Natur, an zu nässen, um, wenn entsprechend behandelt, wieder zu trocknen und sich von neuem mit frischen Schuppen zu bedecken. So geht Psoriasis in Ekzem und Ekzem in Psoriasis über. Hierbei lässt sich die Erfahrung machen, dass bei gewissen Individuen eine bestimmte Neigung zu diesen Umwandlungen besteht, so dass zu dem Begriff Psoriasis noch der Begriff Ekzem hinzukommt. Am interessantesten ist eine Beobachtung, die einen 53jährigen Herrn betrifft, der vor 18 Jahren den ersten Ausbruch der Psoriasis durchgemacht hatte und seit sieben Jahren an einer sicher constatirten, aber unendlich langsam fortschreitenden Tabes litt. Zur Zeit, als ich den Patienten zum ersten Male sah, bestand ein einziger handflächengrosser, juckender Psoriasisplaque am linken Unterschenkel mit der Neigung, sich peripherisch auszubreiten und zwar in der Form eines nässenden, schnell eintrocknenden Ekzems. Von dieser Stelle aus entwickelte sich, trotz grösster Vorsicht, zum Theile allerdings veranlasst durch eine an einer ganz circumscripten Stelle einmal heimlich angewendete Theersalbe, die der Patient von früher besass, ein Krankheitsbild, das neben diffusen nässenden Ekzemstellen psoriatische Plaques und Primär-Efflorescenzen im buntesten häufigen Wechsel darbot. Dagegen trat bei einem 15jährigen Knaben, der seit seinem dritten Lebensjahre an Psoriasis litt, schon bei Anwendung des mildesten Mittels, so z. B. des Aristols, eine starke universelle Dermatitis auf. Derartige Formen haben mit einer Dermatitis exfoliativa grosse Aehnlichkeit und bieten dementsprechend nicht geringe differential-diagnostische Schwierigkeiten (Morrow, Buxter, Duckworth, Besnier).

Dass neben Psoriasis Lues vorkommt, habe ich bereits erwähnt. Es ist selbstverständlich, dass die verschiedensten anderen parasitären und nichtparasitären Hautaffectionen gleichzeitig beobachtet werden können. Von diesen nenne ich Scabies, Acne vulgaris und

rosacea, Xerodermie der Hände, Sycosis, Pityriasis versicolor etc. Interessanter ist schon die Complication mit Impetigo contagiosa und die mit Herpes zoster cervicalis, die ich bei einer 30jährigen jungen Dame nach achtwöchentlichem Gebrauch von Sol. Fowleri beobachtete. Noch bemerkenswerther ist der Fall, bei dem neben Psoriasis eine Sklerodermie vorhanden war. Es handelte sich dabei um eine hereditär belastete und seit ihrer Kindheit an Psoriasis leidende Frau von 35 Jahren, bei der seit acht Jahren sklerodermische Erscheinungen aufgetreten waren. Neben zahlreichen zerstreuten psoriatischen Plaques bestanden die charakteristischen Veränderungen im Gesicht, am Oberkörper und den oberen Extremitäten, wo eine Asphyxie der Fingerkuppen und Sklerodaktylie aller Finger vorhanden war. Am merkwürdigsten ist aber das alternirende Auftreten von Psoriasis und Lichen planus bei einem 27jährigen Kaufmann, der im 14. Jahre zum ersten Male an Psoriasis erkrankt war. Er wurde zwei Jahre, bevor er zu mir kam, von einem der ersten Dermatologen Deutschlands lange Zeit an einem Lichen ruber mit Arseneinspritzungen behandelt. Unter meiner Beobachtung waren wieder deutliche Psoriasis und eine ganz frische Lues vergesellschaftet.

Bemerkenswerth sind noch die Uebergänge der Psoriasisplaques in Warzen (Kaposi), Keloïde (Pourdhon) oder in Epithelialcarcinom (Cardaz, White, H. Hebra), sowie das Auftreten von Blatternpusteln in einem Falle variolöser Erkrankung auf den psoriatischen Stellen.

Von sonstigen klinischen Beobachtungen sind noch die Heilung von Psoriasis nach einem intercurrenten Erysipel (Guelton), das Vorhandensein von Magendilatation (Barthélemy), sowie das Auftreten von Psoriasis nach Anwendung von Borax gegen Epilepsie (Gowers) anzuführen.

Was die pathologische Anatomie der Psoriasis anbetrifft, so muss man auch hier aussprechen, dass trotz der vielfachen, Ihnen bekannten mikroskopischen Untersuchungen eine typische Anschauung nicht besteht. Ich muss es mir versagen, an dieser Stelle eingehend auf die verschiedenen Ansichten einzugehen, muss aber doch wenigstens durch kurze Worte den entgegengesetzten Standpunkt der Autoren markiren. Im Allgemeinen stehen sich hier zwei Meinungen gegenüber: von denen die ältere das Wesen des Processes in einer Entzündung der Papillarschicht sieht (Wertheim, Hebra), an die sich sowohl eine Rundzelleninfiltration der Cutis als auch eine Wucherung der Cylinder- und Stachelzellenschicht (Neumann, Vidal und Leloir) anschliesst, während die jüngere, wohl

jetzt verbreitetere Anschauung, der ich mich im Allgemeinen auch anschliesse, die ist, dass die Affection als eine Epidermidose aufzufassen ist. Während einerseits hierbei eine Hyperplasie des Rete mit scheinbarer Verlängerung der Papillen angenommen (Robinson und Jamieson) und die Veränderung der Cutis als eine Folge der primären Epithelerkrankung betrachtet wird (Thin), so wird andererseits die Ursache in eine Unregelmässigkeit des Verhornungsprocesses (Pecirka) und in eine Proliferation des Stratum lucidum verlegt (Löwe). Bemerkenswerth ist hierbei die Meinung, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um einen reinen entzündlichen Process, sondern um eine progressive Ernährungsstörung handelt. Allerdings hat es auch an einem vermittelnden Standpunkt nicht gefehlt, der einen von dem gewöhnlichen verschiedenen Entzündungsprocess sämmtlicher Schichten der Cutis und der Epidermis annimmt (Campana, Luciani). Was ist nun das Typische? Ich wage es nicht zu entscheiden.

So gross das Capitel der Therapie der normal verlaufenden Psoriasis auch ist, so kann ich mich doch um so kürzer fassen, indem ich ausspreche, dass die atypischen Fälle auch eine andere Behandlung erheischen — je nach den begleitenden Erscheinungen, je nach dem Verlauf. Und ich halte es für eine der schwersten Aufgaben ärztlicher Kunst, manche glücklicherweise enorm seltenen chamäleonartigen Fälle von Psoriasis und Ekzem zu behandeln. Bei derartigen Kranken ist selbstverständlich von allen eigentlichen antipsoriatischen Mitteln Abstand zu nehmen, zu denen ich von inneren Mitteln das Jodkali nicht rechne, dessen Wirksamkeit bei der Schuppenflechte als eine atypische bezeichnet werden könnte. Dagegen steht von den gebräuchlichen Mitteln in erster Reihe der Arsenik, obgleich ich nicht gar zu selten trotz längerer Anwendung des Medicamentes eine weitere Verbreitung des Processes beobachtet habe und auch unter seinem Einflusse sogar eine Verschlimmerung, respective das Auftreten einer Art Psoriasis gesehen wurde (Hutchinson).

---

Herr Campana (Genua):

**L'adenite inguinale nella uretrite cronica della porzione membranosa dell' uomo.**

Come non tutte le lesioni ulcerose dell' asta danno il bubone; cosi non tutte le uretriti dell' uomo, della porzione membranosa, ne danno; ma è un fatto che queste uretriti soltanto

danno l' adenite; e se questa si verifica anche in uretriti d' altri tratti dell' uretra, ci ha anche in tal caso l' uretrite della porzione membranosa.

Quest' adenite può assumere i caratteri di tutte e tre le varietà di linfadenite, ammasse dalla moderna anatomia patologica; cioè la forma iperplastica, la indurativa, la suppurante. Sovente l' una forma è unita all' altra; e la più comune varietà si è quella di un' adenite iperplastica, tempestata da numerosi e piccoli focolai purulenti.

Sarebbe opera degna di diligente ricercatore il definire le varietà di schizomiceti piogeni che si trovano nell' uretra degl' individui sofferenti di questa malattia, messe in rapporto di quelle trovate nell' interno delle glandole linfatiche, prese dalla infiammazione iperplastica, o settica di quest' individui con uretrite; come abbiamo fatto in parecchi casi noi, e come continueremo a fare. Però, le osservazioni a questo proposito, non ci danno ragione a dire una parola precisa e definita.

In più osservazioni, tanto nelle glandole linfatiche, come nell' uretra profonda, abbiamo trovato degli stessi stafilococchi; talvolta coltivabili, talvolta non.

Or il punto su cui intendo oggi richiamare l' attenzione è il rapporto di quest' adenite colle localizzazioni blennorrhagiche croniche della porzione membranosa dell' uretra.

Intendo croniche cioè non date principalmente dal gonococco ma da altri stafilococchi; inquantocchè vediamo che la diffusione blennorragica acuta nella porzione membranosa, che dà spessissimo la epididimite, non dà quasi mai, o mai, la linfadenite.

E la ragione scientifica di questo fatto parmi che la possiamo trovare in ciò; lo schizomicete della blennorragia se vive pur nei connettivi e nei tessuti linfoidi vi vive assai di rado; vive più volentieri negli epitelii.

Data invece una uretrite cronica da schizomiceti piogeni comuni, questa facilmente dà luogo alla adenite. — E perchè?

1° Perchè le sepsi comuni facilmente si trapiantano nelle glandole vicine alle dette sepsi; 2° perchè il pus ristognando più facilmente, e non essendo rimosso ad arte che di rado in questo tratto, viene più facilmente riassorbito dai vasi linfatici che danno in questo tratto di mucosa affetta; 3° perchè questa sepsi è più duratura, essendo nascosta, delle altre sepsi uretrali, più facilmente accessibili a cura; 4° perchè i rapporti più intimi del connettivo periuretrale colle pareti uretrali, rende più facile il passaggio di prodotti infet-



tivi dall' uretra medesima a questo connettivo e da esso alle glandole linfatiche inguinali; mentre ciò non può accadere nell'uretra cavernosa e bulbosa; appunto perchè questo tessuto cavernoso ed il bulboso isolano le dette porzioni dell' uretra anteriore dalle parti circostanti, e rendono difficile che si stabilisca una corrente di rissorbimento di virus, fatta in un tratto limitato, il quale, naturalmente giungendo sempre in un medesimo territorio di tessuto, ha potere di provocare in questo un tal grado di irritazione del quale certamente non sarebbe capace, se questo virus fosse sparso su più largo territorio e giungesse in piccole parti in un tessuto.

---

## Discussion.

**Janovsky** (Prag) bemerkt zum Vortrage Campana's, dass Anschwellungen der Leistendrüsen häufig bei denjenigen chronischen Gonorrhöen vorkommen, welche einer mehr reizenden Therapie unterworfen wurden, so namentlich nach wiederholten Aetzungen. Was die acuten Adenitiden bei Gonorrhöe anbelangt, so ist J. der Ansicht, dass es sich zumeist um Mischinfectionen handelt mit Eitercoccen, wo der Gonococcus keine Rolle spielt. An 40 genau bakteriologisch untersuchten Fällen, von denen 3 Tripperbubonen betrafen, fand J. blos Eitercoccen und niemals Gonococcen, indess muss nach den neueren Arbeiten Pelizzari's über eitrige Entzündungen in der Nachbarschaft der Urethra (Periurethritis) die Frage von neuem studirt werden unter Zugrundelegung der Differenzirungsmethode Krux-Steinschneider's und eventuelle Culturen nach der Methode Wertheims.

---

Herr Staub:

## Ueber den Pemphigus der Neugeborenen und der Wöchnerinnen.

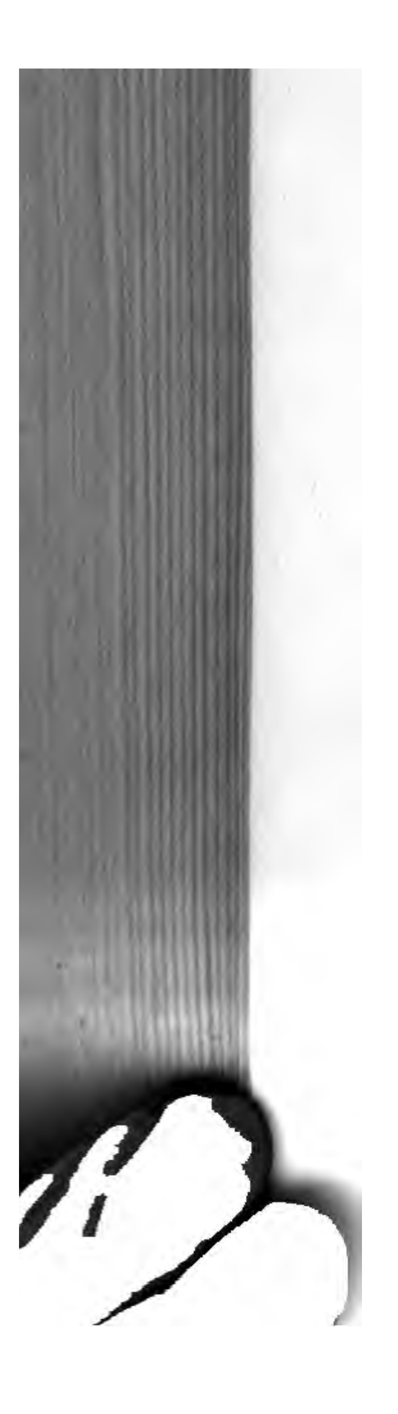
Meine Herren! Der Pemphigus der Neugebornen scheidet sich aus der grossen Gruppe des Pemphigus als besondere Abart aus. Wenn auch die Blaseneruptionen denen des Pemphigus vulgaris gleichen, so erzeugen das Alter der Patienten, der ganze Krankheitsverlauf ein ganz eigenes klinisches Bild. Wir können daher

die ätiologischen Gesichtspunkte, die beim Pemphigus vulgaris in Betracht kommen, nicht ohne Weiteres auf den Pemphigus neonatorum übertragen. Wenn auch bei vielen Fällen des Pemphigus vulgaris eine Entstehungsursache nicht eruirbar ist, so ist es doch bekannt, dass manche den Eindruck einer bacteriellen Infection erwecken, andere dagegen einen neurogenen Charakter haben. Die Ansichten über die Aetiologie des Pemphigus neonatorum sind wenig geklärt; aus dem Kaposi'schen Lehrbuche ist Ihnen die Erzählung von einer Hebamme bekannt, in deren Wirkungskreise viele Kinder an Blasenausschlag erkrankten, weil bei derselben in Folge einer Rückenmarksaffection Störungen in der Sensibilität, besonders der Temperaturempfindung, bestanden, so dass sie die Temperatur des Bades der Kinder sehr häufig zu hoch stellte und dadurch den Blasenausschlag veranlasste. In der Praxis begegnet man häufig noch Verwechslung des Pemphigus simplex mit Pemphigus lueticus, und doch sind dies, auch klinisch, ganz differente Krankheitsbilder. Unter welchen ätiologischen Gesichtspunkten haben wir nun den Pemphigus neonatorum zu betrachten?

Im Sommer 1891 wurde ich von zwei erfahrenen Aerzten, Dr. Toporski (Posen) und Dr. Rilke (Jersitz), welche eine ähnliche Beobachtung in einem grossen Wirkungskreise bisher noch nicht gemacht hatten, zu folgendem Krankheitsfalle zugezogen: Die Erkrankte, eine Puerpera in der dritten Woche des Puerperiums, lag an einem schweren Puerperalfieber darnieder. Es handelte sich um die pyämische Form desselben. Die Patientin befand sich bei vollständiger Euphorie, die mit dem traurigen Objectivzustande sehr lebhaft contrastirte. Sie lag ruhig und ohne zu klagen im Bett, während die Haut des Körpers und besonders des Gesichtes die tiefste Anämie zeigte. Schüttelfröste mit hohen Temperatursteigerungen abwechselten, starke Durchfälle bestanden, multiple Schwellungen der Gelenke auftraten, welche zur Bewegungsunfähigkeit erst des einen Oberarmes, dann der Ellenbeuge auf der anderen Seite und nach schnellem Ablauf derselben auch an den Kniegelenken führten. Peritonitische Erscheinungen bestanden nicht. Die Prognose wurde von Angehörigen und Aerzten gleich trübe aufgefasst. Die Aetiologie war klar: die Hebamme, welche der Erstgebärenden bei der lange hingezogenen Geburt hilfreich zur Seite stehen sollte, hatte bei den mannigfachen Manipulationen die einfachsten Regeln der Aseptik und Antiseptik ausser Acht gelassen. Was die Zuziehung des Dermatologen veranlasst hatte, war das Auftreten einer Hauteruption, deren Deutung nicht ganz klar schien. Es waren bereits

vor einigen Tagen zuerst über den Glutäen, nachdem die Frau eine Zeitlang am Bettrande gesessen hatte, fünf bis sechs Blasen aus der ganz gesunden, unverletzten, nicht gerötheten Haut emporgeschossen, Blasen, so gross wie eine Wallnuss, von hellem Serum erfüllt. Die Angehörigen glaubten beinahe, dass durch das vorzeitige Aufsitzen oder durch den Druck am Bettrande die Blasen entstanden wären, mussten diese Ansicht aber natürlich aufgeben, als auch an anderen Körpertheilen ebensolche Blasen sich zeigten. Ich fand die Blasen dieses ersten Ausbruchs znm Theil schon verheilt, mit einer leichten Pigmentirung der afficirten Stellen, theils noch wenig nässend, von der Peripherie her sich gut überhäutend. Es bestanden frische Blasen, alle einzeln stehend, in ganz intacter Umgebung, auf der Haut der Arme, des Rumpfes und der Beine. Die Conjunctiva des rechten Auges betheiligte sich lebhaft an der Blasenbildung, die Conjunctiva des unteren Lides war erodirt, die Conjunctiva des oberen Lides war lebhaft geschwollen und bedeckte blasenförmig die Cornea. Es handelte sich also, meine Herren, um Blaseneruptionen bei einer pyämischen Wöchnerin. Da bei pyämischen Processen die Haut in mannigfacher Weise, in Form von Blutungen, von Nekrosen, von gangränescirenden Ulcerationen, von erythematösen Processen sich betheiligt, so würde das Auftreten von Blaseneffiorescenzen das dermatologische Interesse nicht so sehr in Anspruch genommen haben, wenn nicht das neugeborne Kind ganz denselben Blasenausschlag dargeboten hätte. Während aber die Mutter schwer krank darnieder lag, war das Neugeborne ganz munter, hatte keine Temperatursteigerung, nahm seine Flasche und gedieh ganz gut. Dabei war die Haut des Körpers viel reichlicher als bei der Mutter mit Blasen bedeckt, die nur etwas kleiner als bei der Mutter waren, in den verschiedensten Stadien der Entwicklung; hier fanden sich frischaufgeschossene Blasen, da kleine, nässende, erodirte, circumscripte Plaques, dort ebensolche, welche sich überhäuteten und schliesslich schön verheilten, etwas pigmentirte Stellen zurücklassend. Auf der Schleimhaut der Lippen, des Mundes und des Rachens fanden sich ebenfalls zahlreiche, theils circumscripte, theils confluirende Erosionen. Das Kind hatte also einen typischen Pemphigus neonatorum.

Noch nie war mir so lebhaft wie bei diesem Krankheitsbilde der infectiöse Ursprung des Pemphigus neonatorum vor Augen getreten. Die Mutter intra partum inficirt, mit den typischen Zeichen einer schweren Sepsis, dabei die allgemeine Decke Sitz von concomitirenden Pemphigusschüben und gleichzeitig das Kind mit Pem-



einer Hebamme bekannt, in deren Wirkungskreise
Blasenausschlag erkrankten, weil bei derselben in Fol
marksaffection Störungen in der Sensibilität, besonders
empfindung, bestanden, so dass sie die Temperatur des
sehr häufig zu hoch stellte und dadurch den Blasen
lasste. In der Praxis begegnet man häufig noch Ve
Pemphigus simplex mit Pemphigus lueticus, und doch
klinisch, ganz differente Krankheitsbilder. Unter w
schen Gesichtspunkten haben wir nun den Pemphi
zu betrachten?

Im Sommer 1891 wurde ich von zwei erfahrenen
porski (Posen) und Dr. Rilke (Jersitz), welche eine ähnlic
in einem grossen Wirkungskreise bisher noch nicht
zu folgendem Krankheitsfalle zugezogen: Die Erkrank
in der dritten Woche des Puerperiums, lag an einem
peralfieber darnieder. Es handelte sich um die p
desselben. Die Patientin befand sich bei vollständig
mit dem traurigen Objectivzustande sehr lebhaft c
lag ruhig und ohne zu klagen im Bett, währen
Körpers und besonders des Gesichtes die tiefste
Schüttelfröste mit hohen Temperatursteigerungen
starke Durchfälle bestanden, multiple Schwellung
auftraten, welche zur Bewegungsunfähigkeit erst d
armes, dann der Ellenbeuge auf der anderen S
schnellem Ablauf derselben auch an den Kniege
Peritonitische Erscheinungen bestanden nicht. Die
von Angehörigen und Aerzten gleich trübe aufgefa
logie war klar: die Hebamme, welche der Erstgeb
lange hingezogenen Geburt hilfreich zur Seite steh
bei den mannigfachen Manipulationen die einfach
Aseptik und Antiseptik ausser Acht gelassen. Wa
des Dermatologen veranlasst hatte, war das Auftr
eruption, deren Deutung nicht ganz klar schien.

einen Fall, der in mehreren Wochenbetten hintereinander auftrat, das drittemal in der Schwangerschaft, mehrere Monate während derselben anhielt, dann verschwand, um im Puerperium wiederzukehren. Köbner beschreibt einen Fall von Pemphigus acutus in puerperio, der nach ihm nicht mit einer puerperalen Infection zusammenhing, sondern eine selbstständige Erkrankung in puerperio darstellte. Neuere Autoren (Ittmann und Ledermann) sind geneigt, solche Fälle der Duhring'schen Dermatitis herpetiformis beizuzählen, doch liegt es mir fern, auf dieses streitige Gebiet mich zu begeben. Nach den bisher vorliegenden klinischen Beobachtungen über den Pemphigus der Neugebornen unter Betheiligung von Wöchnerinnen an solchen Pemphigusschüben wird es klar, dass die Pemphiguseruptionen der Wöchnerinnen häufig infectiösen Einflüssen ihre Entstehung verdanken.

Wenn ich meine Beobachtungen in ein kurzes Resumé zusammenfassen darf, so möchte ich meine Ansicht dahin aussprechen: der Pemphigus neonatorum verdankt seinen Ursprung einer Infection intra partum.

Mitunter betheiligt sich die Mutter an der Infection, was sich durch bald schwerere, bald leichtere puerperale Processe documentirt, die, in selteneren Fällen, mit Pemphigus puerperalis combinirt sein können.

Billigen Sie, meine Herren, diese Ausführungen, so können wir uns den daraus folgenden Consequenzen für die ärztliche Praxis nicht entziehen. Die Fälle von Pemphigus neonatorum werden wohl von den Familienärzten noch häufiger als von den Dermatologen beobachtet. Wenn wir nun die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Aetiologie dieses Leidens gelenkt haben, so wird es die Aufgabe jedes Beobachters sein müssen, bei jedem Falle von Pemphigus neonatorum auf irgend einen bei der betreffenden Geburt oder dem neugebornen Kinde vorgekommenen Infectionsmodus und auf die Infectionsquelle, die sich meist bei der Hebamme finden dürfte, zu fahnden. Sodann werden sich weitere Infectionen von Kindern und insbesondere auch von Wöchnerinnen, die, wie wir gesehen haben, bald leichter, bald sehr ernster Natur sein können, verhindern lassen.

Herr Celso Pellizari (Pisa):

## Concetto informativo di alcuni tentativi di attenuazione della Sifilide.

Con l' intendimento di trovare un sistema di cura contro la Sifilide che possa in qualche modo sostituirsi al mercurio, o che meglio di questo risponda allo scopo d' attaccare direttamente il principio virulento della malattia, io ho iniziato degli esperimenti di Emoterapia.

Il sistema da me seguito differisce essenzialmente da quello esposto dal collega Prof. Tommasoli, perchè mentre egli vagheggia l' idea di poter conferire all' uomo una resistenza speciale iniettandogli siero di sangue di animali refrattari alla sifilide, io mi presumo di poter combattere il supposto agente virulento per mezzo dei supposti suoi prodotti chimici (sifilo-toxine od antitoxine).

Lo studio dell' andamento naturale della malattia, specialmente delle sue soste, dell' alternarsi dei fenomeni che hanno più carattere specifico con quelli che sono riferibili principalmente all' intossicazione; lo studio della relativa più pronta cessazione dei fatti virulenti nei sifilitici, i quali per varii mesi di continuo hanno mostrato di essere in uno stato d' intossicazione molto grave; lo studio delle varie refrattarietà; refrattarietà del vecchio sifilitico a contrarre nuovamente la malattia; refrattarietà degl' individui affetti anche da un giorno soltanto da sifiloma primitivo all' innesto d'un secondo sifiloma; refrattarietà dei figli generati apparentemente sani da madre sifilitica ad essere da lei stessa o da altri ulteriormente sifilizzati; refrattarietà infine della madre che senza manifestazioni apparenti di sifilide durante la gravidanza ha potuto partorire un figlio sifilitico e che lo può allattare impunemente : infine anche lo studio comparativo della diversa gravità di decorso per le sifilidi delle donne incinte quando la malattia sia stata loro comunicata direttamente avanti la gravidanza, o indirettamente nel concepimento, mi hanno portato non solo a confermare la ipotesi dell' esistenza di questi prodotti chimici, ma ad ammettere anche una specie di azione antagonistica fra loro ed il virus stesso.

D' induzione in induzione io venni quindi nel concetto che un organismo sano può, ricevendo a poco a poco i prodotti tossici del virus sifilitico, acquistare o la refrattarietà completa o una

maggiore resistenza contro gli attacchi del virus stesso; e che quando siano in corso fatti direttamente provocati dal virus ed anche quelli che sono una conseguenza dei suoi prodotti chimici, se si potesse artificialmente in un dato momento aumentare la quantità di alcuni di essi o in altri supplire artificialmente alla loro normale eliminazione, si dovrebbe in fondo ottenere una vera e propria azione parassiticida e quindi una attenuazione della sifilide come malattia virulenta.

La mia linea di condotta è stata quella di saggiare in una prima serie d' esperimenti, la virtù del siero di sangue preso da sifilitici giunti a vario periodo di malattia, in quegli infermi che presentassero sifilomi primitivi di data molto recente, per vedere se i fenomeni secondarii, che abbiamo ragione di ritenere come più strettamente collegati all' azione locale del virus, ritardano nella loro comparsa, si svolgono con straordinaria mitezza, e recidivano con minore facilità.

Trattandosi d'individui nei quali si può avere la convinzione profonda, ma non assoluta, che siano oramai votati alla sifilide, io ho voluto cominciare l'esperimento usando da prima il siero di sangue dei sifilitici arrivati al periodo gommoso e con manifestazioni in corso; poi di quelli nei quali i fenomeni erano collegati ad una infezione datante almeno da un anno; infine di coloro nei quali l' infezione era più recente ed avevano sopportato alcuni mesi di cura iodo-mercuriale.

Per prima cosa mi sono voluto assicurare che tale siero non contenesse quantità apprezzabili di mercurio; cosa che mi è stata confermata da ricerche chimiche fatte nell' Istituto di Chimica generale dell' Università di Pisa.

Per quanto mi è stato possibile ho cercato d'adoperare il siero filtrato, dando fino ad oggi la preferenza al filtro D'Arsonval per l'acido carbonico, e per l'alta pressione di 60 atmosfere. E questo per non inoculare la parte globulare del sangue, o germi attivi di altre infezioni che il sangue potesse eventualmente contenere.

Siccome però anche il siero filtrato in tal guisa, si inquina facilissimamente nelle manipolazioni successive necessarie per l'inoculazione, — come ho potuto constatare varie volte per protei — così tenendo il siero a permanenza nel ghiaccio, mi son assicurato ogni due o tre giorni con esami microscopici e con innesti in tubi di gelatina della sua innocenza. E in circa 200 inoculazioni



fatte sino ad oggi non ho avuto a constatare alcun fatto di sepsi locale o generale.

La dose del siero adoperato per ogni inoculazione è stata di $^1/_2$ a 1 centimetro cubo: ho fatto da prima una inoculazione ogni tre giorni, poi ogni due ed anche una al giorno.

La via prescelta è stata la sottocutanea, perchè quivi l' assorbimento è abbastanza rapido, mentre non mi sembra scevra d'inconvenienti la introduzione diretta nelle vene, sopra tutto per l'azione immediata che il siero può esercitare sulla sostanza globulare.

Quanto ai risultati oggi mi limito a dire che tali inoculazioni non riescono indifferenti, ma quanto agli effetti curativi non vengo ad alcuna conclusione durando gli esperimenti da poco più di due mesi.

---

Herr Carl Berliner (Aachen).

## Ueber spontane Keloïde.

Ein Fall von spontanen Keloïden gab zur vorliegenden Arbeit Anlass. Es handelt sich um einen 21jährigen Schreiner, der in seiner Jugend gesund war, im Alter von 16 Jahren an den Armen, auf dem Rücken, am Sternum Knoten bekam, die nach den Angaben des Patienten wie Blutschwären aussahen, welche jedoch nicht aufgingen, sondern allmälig hart wurden. Vor drei Jahren entstand hinter dem linken Ohre in der Gegend des Processus mastoideus ein erbsengrosser Knoten, der im Hospital excidirt wurde. Nach wenigen Wochen entstand an der operirten Stelle ein Narbenkeloïd. Auch dieses wurde operirt, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg. Schon nach vier Wochen zeigte sich in grösserem Umfange ein Recidiv. Patient kam in die Poliklinik des Vortragenden, der vom Oberarme einen Knoten excidirte und durch einen constanten Druck auf die operirte Stelle die Entwicklung eines Recidivs hintanzuhalten suchte, jedoch ohne Erfolg. Nach sechs Wochen war im Bereiche der Excisionsstelle ein Narbenkeloïd entstanden.

B. beschreibt ausführlich den Status. Es handelt sich um knorpelharte Knoten, leicht bläulichroth gefärbt oder ein mehr

weissliches Aussehen zeigend. Die Haut über den Knoten ist abgesehen von jener Verfärbung normal.

B. bespricht die Histologie des spontanen Keloïds auf Grund der mikroskopischen Untersuchung des excidirten Stückchens, ebenso die Anatomie des Narbenkeloïds und der hypertrophischen Narbe, erwähnt die diesbezügliche Literatur und stimmt, was die Aetiologie betrifft, mit denjenigen Autoren überein, welche annehmen, dass es primär sich entwickelnde oder spontane Keloïde nicht gebe, sondern dass alle derartigen Bildungen secundär von akneartigen Störungen ausgehen.

(Die Arbeit erscheint in extenso in den Monatsheften f. prakt. Dermatologie.)

---

## Herr Isaac (Berlin):

### Zur Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhöe.

Nach dem Befund des Herrn Prof. Neisser liegt eigentlich kein besonderes Bedürfniss vor, die an dieser Stelle so reichlich ventilirte Frage der Gonorrhöebehandlung von neuem einer Besprechung zu unterziehen; es wird mir auch der Vorwurf nicht erspart bleiben, dass ich in der Discussion über diese Frage Gelegenheit gehabt hätte, mit meinen Ansichten hervorzutreten, aber ich glaubte Gründe zu haben — so sehr ich auch mit den meisten der von Herrn Prof. Neisser aufgestellten Thesen übereinstimme — meinen rein praktischen Standpunkt in der Frage der Gonorrhöebehandlung in einem eigenen Vortrage zu verfechten, von der Ueberzeugung ausgehend, dass die Theorie dieser eminent wichtigen, in die Lebensbedingungen der Menschen tief einschneidenden Frage stets mit der praktischen Erfahrung im Widerspruch stehen wird und die grösste Sicherheit in der Diagnose nur wenig beeinflussen kann. Ich bitte mich nicht falsch zu verstehen, es liegt mir absolut fern, die grossartige Entdeckung Neisser's zu verkennen. Die Auffindung der Gonococcen hat der Diagnose und der Therapie der Gonorrhöe und ihrer Folgekrankheiten neue Bahnen gezeigt, wir haben mit diesem Factor für alle Zeiten zu rechnen, aber meine Herren, ich glaube, die Erfolge in der Therapie dieser Krankheit werden mit der Sicherheit der Diagnose nicht gleichen

Schritt halten, und eine sehr grosse Anzahl von Fällen wird aller therapeutischen Massnahmen spotten. Dennoch würde bei einem Theil der Leidenden die Erkrankung nicht eine so traurige Wendung nehmen, wenn die Anfangsbehandlung von anderen Gesichtspunkten wie bisher geleitet würde. Die Schwierigkeiten bei der Gonorrhöebehandlung liegen, wie Sie wissen, zunächst in rein mechanischen Verhältnissen. Das ausserordentlich enge Lumen der Harnröhren begünstigt das Fortschreiten der Entzündungserreger auf der Schleimhaut der Urethra und ihr Eindringen in die Tiefe, und man muss also bei der Auswahl seiner Mittel zunächst diejenigen ausschliessen, welche geeignet sind, diese durch die anatomischen Verhältnisse gegebenen Schwierigkeiten noch zu erhöhen. Aus diesem Grunde möchte ich die Tripperspritze, welche ich für eines der unnützesten medicinischen Instrumente halte, beseitigt wissen. Abgesehen davon, dass die Spitze dieses Instrumentes, sie mag so stumpf sein, wie sie wolle, die Schleimhaut des Orificium urethrae selbst bei vorsichtigster Application stets von neuem reizt, wird ein grosser Theil der Gonococcen durch den bei der Einspritzung ausgeübten Druck nach hinten befördert und so geradezu das Zustandekommen der Urethritis posterior begünstigt; ja ich gehe so weit, zu behaupten, dass ein grosser Theil der Folgekrankheiten des Trippers, wie Epididymitis und Blasenkatarrh, in vielen Fällen nur ungeschicktem Einspritzen seine Entstehung verdankt. Gehe ich zu den Mitteln über, welche zur Gonorrhöebehandlung angepriesen worden sind, so werden Sie mir wohl zugeben, dass bislang kein einziges im Stande war, auf längere Zeit eine dominirende Stelle einzunehmen. Es wird bekanntlich kaum ein neues Medicament auf den Markt gebracht, das nicht auch als Specificum gegen Gonorrhöe aufs wärmste empfohlen wird; nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft sollte man jedoch, wenn man überhaupt einspritzt, nur parasiticide Mittel injiciren. Sublimat reizt aber selbst in der kleinsten Verdünnung die Harnröhrenschleimhaut derart, dass es als Specificum nicht anwendbar ist, und Carbol wirkt bekanntlich erst in mehrprocentiger Lösung bakterienvernichtend. Ueber die von Herrn Prof. Neisser neuerdings vorgeschlagenen Mittel kann ich mir selbstverständlich kein Urtheil erlauben, möchte jedoch bemerken, dass ich das Arg. nitricum in der vorgeschlagenen Lösung sehr oft angewendet habe, ohne besondere Erfolge davon zu sehen; ich werde diese Mittel auf die Empfehlung hin von neuem versuchen.

Fragen Sie mich nun, wie ich mir während einer jahrelangen Erfahrung erzielte Misserfolge zu Nutze gemacht habe und welche

Gesichtspunkte mich bei der Behandlung der acuten Gonorrhöe leiten, so stehe ich auf dem rein exspectativen Standpunkt, von der Ueberzeugung ausgehend, dass der Tripper wie viele andere Infectionskrankheiten eine cyclisch verlaufende Krankheit ist, welche in den ersten Wochen überhaupt nicht local behandelt werden sollte. Eine sorgfältig ausgewählte geregelte Diät, Entziehung aller Alcoholica, Anlegung eines gut sitzenden Suspensorium und viel Ruhe sind im Stande, die Krankheit in vier bis sechs Wochen zum Erlöschen zu bringen. Das Einzige, wozu ich mich auch bei 14tägigem Bestehen der Gonorrhöe meist auf Drängen von Seite der Patienten entschliessen kann, sind Berieselungen der Harnröhre mit 1—2%igen Bor- oder Salicyllösungen. In Bezug auf die innere Behandlung der acuten Gonorrhöe stehe ich ganz auf dem von Herrn Prof. Neisser angegebenen negativen Standpunkte. Das einzige Mittel, welches bei Blasenhalskatarrhen nach Gonorrhöe wirklich vorzügliche Dienste leistet und die oft unerträglichsten Beschwerden schnell beseitigt, ist das für solche Fälle nicht warm genug zu empfehlende Sandelholzöl.

Die Behandlung der chronischen, mit Vorliebe in der hinteren Harnröhre localisirten Gonorrhöe wird bekanntlich wegen zweier Symptome eingeleitet, wegen des von Zeit zu Zeit, besonders gern Morgens, auftretenden Ausflusses und der im Urin herumschwimmenden sogenannten Tripperfäden. Dass hier der Nachweis von Gonococcen von der allergrössten Wichtigkeit ist, ist wohl selbstverständlich, namentlich müsste den Tripperfäden von Seite des praktischen Arztes eine eingehendere mikroskopische Behandlung geschenkt werden, wie es bislang geschehen ist. Ich habe zahllose mit Fäden durchsetzte Urine untersucht und allerdings in einer grossen Anzahl Gonococcen gefunden, in vielen Fällen jedoch nicht, namentlich da nicht, wo der gonorrhöische Process nach etwa achtwöchentlichem Bestehen äusserlich keine Symptome mehr darbot und nur die im Urin vorhandenen Fäden auf einen stattgehabten krankhaften Vorgang in der Harnröhre hinwiesen. In solchen Fällen möchte ich vielmehr behaupten, dass die Fäden geradezu auf einen Heilungsprocess schliessen lassen, analog der äusseren Haut, wo ein Entzündungsprocess, welcher nur die Epidermis in Mitleidenschaft gezogen hat, in der Weise ausheilt, dass die oberste Schicht durch die von unten nachwachsende Epidermis in Fetzen abgestossen wird. Aehnlich bei Heilung der Gonorrhöe: die Schleimhaut regenerirt sich, und der Urin schwemmt beim Ueberstreichen über die Harnröhre die abgestorbene Schleimhaut in Form der

Fäden fort. Falls also kein Ausfluss nach etwa achtwöchentlichem Bestehen der Blennorrhöe besteht, so würde ich, falls sich gonococcenfreie Fäden im Urin vorfinden, von einer Behandlung abrathen.

In Bezug auf die instrumentelle Untersuchung und Behandlung der Harnröhre werden Sie mir Recht geben, wenn ich sage, man soll kein Instrument in die Harnröhre einführen, wenn nicht die dringendste Indication dazu vorliegt, und mindestens ein halbes Jahr vom Beginn des Trippers an verstreichen lassen, ehe man sich zu einem experimentellen Vorgehen entschliesst. Dem geübten und erfahrenen Untersucher wird so leicht keine Unannehmlichkeit passiren, aber der praktische Arzt, welcher selten in die Lage kommt, sich im Bougiren und Katheterisiren zu üben, muss strenge Indication für sein Vorgehen haben. Sie werden gewiss, ebenso wie ich, Gelegenheit gehabt haben, zu beobachten, wie viel Unheil zu frühzeitiges oder fehlerhaftes Bougiren anrichten kann.

Auf die Behandlung der Urethritis chronica posterior eingehend, brauche ich wohl nicht erst zu versichern, dass ich mich in dieser Beziehung stets auf der Höhe der Zeit gehalten und jede Mode mitgemacht habe. Guyon'sche Einspritzungen, Casper'sche Sonden, Antrophore, Salbenpistolen u. s. w., Alles habe ich im Laufe der Jahre durchprobirt, meist mit demselben negativen Erfolg. Die Patienten kamen und — gingen nach kürzerer oder längerer Behandlung von mir zu einem anderen Spitalcollegen. Gegen zwei Behandlungsmethoden möchte ich jedoch hier ganz besonders Front machen, das sind einmal die canellirten Casper-schen Sonden und dann die Antrophore. Da der Process bei dem chronischen Tripper doch meistens in der Urethra posterior localisirt ist, so halte ich es für unnöthig und schädlich, auch die vordere Harnröhre mit keineswegs indifferenten Mitteln zu reizen. Die Harnröhrenschleimhaut lässt sich zwar bekanntlich in Bezug auf Behandlung recht viel gefallen, manchmal auch das Herausziehen von kantigen Sonden und spiraligen Drahtbougies.

Ob die durch die Guyon'sche Methode so sehr in Aufnahme gekommene und von mir noch in manchen Fällen mit Erfolg angewendete localisirte Argent. nitric.-Behandlung so viel werth ist, wage ich nicht zu entscheiden; Argent. nitricum ätzt aber, wie bekannt, selbst in Form des Stiftes so oberflächlich, dass ich mir von einer dünnen Lösung eigentlich nur eine sehr geringe Einwirkung auf die in der Tiefe liegenden pathologischen Processe

bei der chronischen Gonorrhöe vorstellen kann. Fühlen Sie doch einmal die Urethra eines Gonorrhoikers, so werden Sie wahrnehmen, dass die Pars pendula, welche intact absolut nicht abzutasten ist, sich als ein harter, dicker, fester Schlauch anfühlt; es wird in der festliegenden hintern Harnröhre wohl nicht viel anders sein; aber besten Erfolg habe ich immer noch zur Ausheilung oberflächlicher gonorrhöischer Processe in der hinteren Harnröhre von der Salbenbehandlung gesehen; ich bevorzuge hier das 2%ige Salicyl- oder Borvaselin, welche ich vermittelst der Tommasoli'schen Salbenpistole in die hintere oder vordere Harnröhre befördere, jedoch übe ich diese Art der Behandlung noch nicht lange genug, um über ihren Werth ein definitives Urtheil abgeben zu können, da mich aber die bisherigen Resultate ermuntern, damit fortzufahren, hoffe ich bald in der Lage zu sein, Ausführliches darüber mitzutheilen.

Meine Herren! Ich weiss sehr gut, dass sich gegen meine Auseinandersetzungen sehr viel einwenden lässt, ich weiss auch, dass ich Ihnen nicht viel Neues erzählt habe, es lag mir jedoch hier vor einer erlesenen Versammlung von Fachcollegen weniger daran, den wissenschaftlichen, wie den rein praktischen Standpunkt der Frage der Gonorrhöebehandlung zu vertreten. Das non nocere hat für den Arzt auch bei der Behandlung des gewöhnlichen Trippers seine Bedeutung und meine soeben dargelegten Anschauungen habe ich geschöpft nicht ex juvantibus, sondern ex non nocentibus.

---

Köbner: Zur Frage über die Aetiologie der sogenannten »Gonorrhöe« benütze ich den letzten Moment, um eine Verbesserung der Nomenclatur des Trippers überhaupt und des denselben erzeugenden Schizomyceten vorzuschlagen. In England und bei den älteren Collegen in Deutschland ist, wie auch die Neisser'sche Ankündigung des Vortrages besagt, noch vielfach in Gebrauch der aus biblischen, jedenfalls aus unvordenklichen Zeiten des Alterthums stammende Ausdruck Gonorrhöe. Derselbe ist durchaus unwissenschaftlich und verdiente in die Rumpelkammer der altgriechischen Worte verlegt zu werden. Gonorrhöe heisst Samenfluss und der Name stammt aus einer Zeit, wo man alle Ausflüsse aus dem männlichen Genitale für Samen gehalten hat. Die französische und

die Wiener Schule haben längst diese Namen verlassen, und als ich in Wien 1860 studirte, sprach kein Mensch von Gonorrhöe beim Manne oder der Frau, sondern von Blennorrhagie und Blennorrhöe, von ersteren als acuten, von letzteren als chronischen Formen. Dass die Sache Hand und Fuss hat, geht aus dem Namen hervor, der für Affectionen am Auge acceptirt ist. Niemand spricht von einer Gonorrhoea neonatorum, alle Menschen sagen Blenorrhoea neonatorum. Wie kommt nun eine Blennorrhöe des Auges dazu, von einem Samencoccus, einem Gonococcus erzeugt zu werden? Ich gebrauche den Ausdruck Blennococcus in ärztlichen Vereinen und schlage vor, diesen Namen in allgemeine Anwendung zu ziehen. Man könnte sagen, warum nennen wir ihn nicht Pyococcus? Aber da kommen wir mit dem Strepto- und Staphylococcus in Conflict. Wir thun am einfachsten, wenn wir der Wiener und französischen Schule Rechnung tragen und diesen Antrag annehmen.

*XII. Sitzung. — 12 Uhr Vormittags.*

Vorsitzender: **W. A. Jamieson.**

Herr Konried (Wien):

## Ueber quantitative Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis.

Die Untersuchung des Blutes bei Luëtischen hatte schon in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts für einige Zeit den Angelpunkt gebildet, von wo aus man Aufklärung über das Wesen und die Ursache der Syphilis zu finden glaubte. Im Jahre 1838 veröffentlichte Ricord in der Arbeit ›Traité pratique des maladies vénériennes‹ seine Erfahrungen über das Blut Luëtischer, welche eine Deglobulisation desselben angaben, welche Erfahrungen er späterhin (Bulletin de Thérapie, August 1844) durch Untersuchungen von ihm mit dem Pharmaceuten Grassi im Vereine vorgenommen, bestätigte und eine Vermehrung des Albumingehaltes im Blute Luëtischer fand. Weiterhin brachten auch Virchow, Kussmaul und Overbeck die Anämie Luëtischer mit Veränderungen der Blutzusammensetzung in Verbindung, ohne jedoch auf neue Thatsachen oder gründlichere Untersuchungsmethoden sich zu stützen; es bleibt das Ganze vielmehr eine Hypothese, wie auch die zahlreichen in jener Zeit vorgenommenen chemischen Untersuchungen von Andral, Gavarett, Becquerel-Rodier, Popp u. A. über eine auffallende Veränderung des Blutes Luëtischer keinen Aufschluss zu geben vermochten. Erst in den Sechzigerjahren unseres Jahrhunderts wurden die Arbeiten einer Reihe von Autoren veröffentlicht, die auf positive Daten, auf Zählungen, die sie nach den von Hayem, Nachet, Malassez, Thoma-Zeiss angegebenen Zählapparaten vornahmen, gestützt, der Frage über die Veränderung

des Blutes bei Luëtischen und die Wirkung des einverleibten Quecksilbers auf dasselbe näher rückten.

Die ältesten diesbezüglichen Angaben rühren von Malassez [1]) und von Liégeois [2]) her. Ersterer fand durch Einverleibung des Quecksilbers eine Zunahme der rothen Blutkörperchen, deren Zahl vorher unter dem Einflusse der Erkrankung in dem Blute abgenommen hatte, Liégeois beobachtete unter der Wirkung kleiner subcutaner Sublimatdosen ähnliche Erscheinungen. Erst Wilbouchewitsch [3]) constatirte durch eine Reihe von sorgfältigen Untersuchungen unter dem Einflusse der Syphilis eine nach wenigen Tagen schon wahrnehmbare Verarmung des Blutes an rothen Blutkörperchen bis um eine Million, unter gleichzeitiger Steigerung der Leukocytenzahl. Unter dem internen Gebrauch von Sublimat und Protojoduret trat hierauf eine Zunahme an rothen Blutkörperchen bis zu einem gewissen Zeitpunkte ein, wo, nach ihm schon nach 16 Tagen, bei fortgesetztem Gebrauche eine Abnahme derselben eintritt. Die vordem vermehrte Zahl der Leukocyten nimmt unter der Behandlung stetig ab. Die Arbeiten von Keyes und Sörensen, die beide 1876 erschienen, beschäftigten sich gleichfalls mit dieser Frage. Sörensen fand bei Untersuchungen der von Malassez angegebenen Methode das Blut von 40 Luëtischen im Durchschnitte um fast eine Million rother Blutkörperchen ärmer als der Norm entsprechend (im Mittel 4·78 Millionen), während Keyes aus einer grossen Anzahl angestellter Untersuchungen folgende Schlüsse zieht:

1. Die Syphilis bringt eine Verminderung der rothen Blutkörperchen unter die Norm hervor,

2. Quecksilber in kleinen Dosen vermehrt die Zahl der rothen Blutkörperchen und erhält sie auf ziemlicher Höhe, in grösseren Dosen aber bewirkt es eine Destruction dieser Elemente.

Im Laufe der nächsten Jahren veröffentlichten Caspary, Robin, Hallopeau, de Luca, Gaillard, Lezius, Dehio, zuletzt Bieganski eine Serie von Arbeiten, die zu den verschiedensten Resultaten führten.

Während Caspary den Standpunkt vertritt, »dass die Zählungen der Blutkörperchen wegen der hohen Schwankungen, die auch de norma vorhanden sind, eine ganz unverwendbare Methode zur Constatirung der Veränderungen des Blutes seien und die bis-

[1]) Malassez, Arch. de Physiologie normale et pathologique. 1864.

[2]) Liégeois, Gazette des Hôpitaux. 1869.

[3]) Wilbouchewitsch, de l'influence des préparations mercurielles etc. Arch. de Physiol. norm. et path. 1874.

herigen Zählungen auch nichts Wesentliches ergeben hätten«, kommen Robin und Hallopeau zu annähernd ähnlichen Resultaten, wie Wilbouchewitsch sie erhalten.

D'Lucca's Untersuchungen beschränkten sich auf die Veränderungen des Hämoglobingehaltes im Blute, den er bei je 15 luëtischen Männern und Weibern fast normal fand (bei Männern 99·26, bei Weibern 94·46).

Er erklärt somit die Veränderungen des Blutes während der Syphilis im Zusammenhange seiner Resultate mit Wilbouchewitsch als eine Oligocythämie bei gesteigertem Färbeindex jedes einzelnen rothen Blutkörperchens.

Gaillard kommt in seinen auf der Hayem'schen Klinik vorgenommenen Untersuchungen zu dem Resultate, dass unter der internen Darreichung von Quecksilber die Zahl der rothen Blutkörperchen zunehme, doch nur bis zum 14. Tage und von da an sei eine Abnahme ihrer Zahl constatirbar. Der Hämoglobingehalt aber nimmt in bedeutend grösserem Percentsatze zu, auch noch in der zweiten Periode der Behandlung. Lezius constatirte unter der Einwirkung der Syphilis eine Verarmung des Blutes an Hämoglobin im Zusammenhange mit einer inconstanten Verarmung an rothen und einem Reichthum an weissen Blutkörperchen. Bieganski endlich gibt an, dass sich unter der Wirkung des Syphilisvirus die Zahl der rothen Blutkörperchen überhaupt nicht verändere, während die der weissen erheblich zunehme. Unter diesen seien es vor Allem die sogenannten Lymphocyten, die auf Kosten der mehrkernigen Leukocyten sich vermehren. Zu gleicher Zeit tritt eine Entfärbung des Blutes ein. Die Wirkung des Quecksilbers bringt keine Veränderung in der Zahl der rothen Bluthörperchen hervor, deren Schwankungen rühren von der grösseren oder geringeren Eindickung des Blutes her. Wohl aber bringt das Quecksilber eine Vermincerung der weissen Blutkörperchen bis zur Norm zu Wege und regelt das Verhältniss derselben. Der Hämoglobingehalt nimmt unter der Wirkung des Quecksilbers stetig zu.

Dies nun sind die Resultate der bis jetzt dieses Thema behandelnden Arbeiten, die in ihren Ergebnissen ziemlich widersprechender Natur sind. Es wird dies auch begreiflich; denn eine Methode, welche noch jung ist und auch nicht von vielen Fachleuten geübt wurde, somit sich noch in ihrer Kindheit befindet, kann durchaus noch keinen Anspruch erheben, feststehende und weittragende Resultate gewonnen zu haben, und jede Untersuchung kann immer nur als ein Beitrag angesehen werden, welcher mit

zur eventuellen Aufklärung der biologischen Vorgänge beim syphilitischen Processe beiträgt. Nur ein Vorwurf wäre von vornherein zurückzuweisen, dass diese Methode zur Untersuchung des Blutes als unzuverlässig auch vollkommen unverwendbare Resultate ergebe. Denn wenn es richtig ist, dass Zahlen zwischen $5^1/_2$ und 6 Millionen rother und 8000 bis 12.000 weisser Blutkörperchen, sowie 95 bis 100% Hämoglobingehalt (nach Fleischl) die Norm, bilden und ich finde Menschen, die während ihrer Krankheit eine progressive Verarmung an rothen Blutkörperchen bis nahe an drei Millionen und nur 50 bis 60% Hämoglobin aufweisen, und diese Beobachtungen graduell nur verschieden, bei einer grossen Anzahl von Fällen sich constant erweisen, wenn weiters unter dem Einflusse der Behandlung diese Veränderungen zur Norm zurückkehren unter Besserung des Aussehens und des Körpergewichtes der Individuen, so ist wohl die Berechtigung und die Stütze durch Thatsachen einem solchen Untersuchungsergebniss nicht wegzuleugnen. Die Methode muss auch, wenn mit den nöthigen Cautelen geübt, verwendbare Resultate liefern. Wir verweisen diesbezüglich auf die von der Universität Tübingen preisgekrönte Arbeit von E. Reinert (Die Zählung der rothen Blutkörperchen und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1891), worin die von uns befolgte Methode mit all ihren Cautelen und möglichen Fehlerquellen genauestens beschrieben ist. Zur Zählung der rothen und weissen Blutkörperchen bedienten wir uns je eines Apparates von Thoma-Zeiss, als Menstruum für die ersteren diente die Hayem'sche Flüssigkeit, für letztere $^1/_4$procentige Essigsäure.

Wenn wir nun auch bei unseren Blutuntersuchungen keinen specifischen, für die Syphilis pathognomonischen Befund erhielten, so können wir doch als zweifellos hinstellen, dass eine Verarmung des Blutes an Hämoglobin und rothen Blutkörperchen eintritt, während das ohnehin grossen Schwankungen unterworfene Verhalten der Leukocyten keinerlei regelmässiges Verhalten erkennen liess. Wir gingen bei der Auswahl unserer Fälle von folgenden Gesichtspunkten aus:

1. Wie verhält sich das Blut luëtischer Individuen zur Zeit ihrer manifesten Sklerose?

2. Wie zur Zeit der Proruption?

3. Wie während des weiteren Verlaufes des recenten Stadiums bei Behandlung mit Inunctionen, bei Infectionen von Hydrargyr. sozojodol., Sublimat u. s. w., sowie bei internem Gebrauche von Jodkalium und Decotum Zittmanni bei tertiärer Syphilis?

4. Wie verhält sich das Blut in Fällen, wo die Syphilis vier bis zehn Monate und länger besteht, bisher nicht behandelt wurde, also spontan verlaufen ist?

5. Wie verhält sich das Blut bei tertiärer Syphilis?

Von vorne herein muss sich die Nothwendigkeit aufdrängen, um diese Fragen deutlich beantworten zu können, die Veränderungen der einzelnen Blutbestandtheile in allen Fällen zusammenzufassen und demgemäss den Hämoglobingehalt des Blutes, die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen, das Verhältniss der einzelnen Formen zu einander u. s. w. getrennt zu behandeln. Es wäre weiters auch zu erwähnen, dass die gefundenen Zahlen nicht nur einen absoluten, sondern, wenn man so sagen darf, auch einen relativen Werth besitzen; wir sind nämlich nicht der Ansicht, dass man die Zahl von $5^1/_2$ bis 6 Millionen rothen Blutkörperchen und 100 bis 105% Hämoglobin (nach Fleischl) als ein unbedingt festzuhaltendes Normale für alle Männer und dem entsprechend etwas niedrigere Zahlen (5 Millionen, 90—95 und 100%) als Normale für alle Frauen annehmen darf und alle darunter sinkenden Zahlen als eine genaue Directive für den durch die Krankheit bewirkten Abfall anzusehen. Wir glauben vielmehr, dass Alter, Constitution, Ernährungszustand etc. des betreffenden Individuums mit in Betracht zu ziehen seien, um eine richtige Vorstellung von der Grösse der durch die Krankheit bewirkten Veränderung der morphotischen Bestandtheile des Blutes zu erhalten. Es muss ja auch der Einfluss der Constitution auf die Zusammensetzung des Blutes als ein natürlicher erscheinen und die plethorische wie die anämische Natur wie in ihrem Aeusseren, so auch in ihrem hämatologischen Bilde kenntliche Zeichen aufweisen.

Fassen wir zunächst den Hämoglobinhalt des Blutes ins Auge, so konnte bei fast allen beobachteten Kranken, die mit einer Krankheitsdauer von vier bis sieben Wochen mit manifester Sklerose und Lymphdrüsenschwellung zur Untersuchung kamen, schon zu dieser Zeit eine Veränderung der Färbekraft des Blutes und zwar eine Abnahme derselben nachgewiesen werden. Eine Verminderung derselben war in den günstigeren Fällen bis um 20%, in anderen um 30% constatirbar, was um so auffallender erscheinen musste, da die Untersuchten zum grössten Theile aus kräftig gebauten und in nicht zu ungünstigen Lebensverhältnissen befindlichen Individuen sich recrutirten. Da wir aber, wie aus den weiter unten folgenden Zahlen ersehen werden kann, zu dieser Zeit noch keinerlei Veränderung in den Zahlenverhältnissen der Träger des Hämoglobins

nämlich der rothen Blutkörperchen, finden konnten, so ist schon hier andeutungsweise das zu sehen, was späterhin mit Evidenz hervortritt, dass nämlich die so lebenswichtige Functionen in sich bergende Färbesubstanz des Blutes viel schneller unter dem Einflusse des syphilitischen Virus Veränderungen erleidet als das offenbar kräftigere und lebensfähigere Stroma ihrer Träger. Mit dieser Erscheinung der Alteration des Blutes zu einer Zeit, wo noch kein Exanthem zu sehen ist, demnach schon in der fünften bis sechsten Woche, ist vielleicht ein Beitrag zur Lösung jener Frage geliefert, ob die Sklerose auch nur eine Zeit lang eine locale Erkrankung bleibt. Und da uns das specifische Virus der Syphilis noch vollständig unbekannt ist, können wir aus diesen Verhältnissen approximativ sicher zu Gunsten der Allgemeinerkrankung, welche die Syphilis setzt, einen Schluss ziehen. Es erscheint ja auch von vornherein die Angabe, dass das Hämoglobin erst in dem späteren Stadium der Erkrankung, zur Zeit des Exanthemes, eine deutliche Abnahme zeige, nicht einleuchtend. Es können derartige Veränderungen nicht plötzlich in Erscheinung treten, sondern es muss erst ein allmäliger Uebergang von den Zahlen der Gesundheit zu denen des oft so schweren Verlaufes stattfinden. — Im Verlaufe der Erkrankung schreitet nun diese Abnahme der Färbekraft des Blutes stets weiter fort, in exquisiten Fällen war eine Herabminderung um mehr als 35%, zur Zeit der Proruption oder unmittelbar vor derselben constatirbar. Mit Beendigung der Proruption bleiben, von geringen Excursionen abgesehen, die Zahlen nahezu auf dem gleichen Niveau und pflegt auch der Beginn der Quecksilberbehandlung daran wenig zu ändern. Erst etwas später, mit dem allmäligen Schwinden der floriden Symptome an der Haut, geht auch eine auffallende Zunahme des Hämoglobingehaltes parallel, um, mit Steigerung der Zahl der Inunctionen sich bessernd, nach 25 bis 30 Einreibungen den Zahlen, die der Constitution des betreffenden Individuums de norma entsprechen, sich fast vollständig zu nähern. Die Verlängerung der Inunctionscur über diesen Punkt hinaus ist in den meisten Fällen nicht im Stande, eine weitere Besserung zu bewirken, es ergibt sich in der Regel sogar das entgegengesetzte Verhalten, nämlich eine neuerliche Abnahme des Färbeindex im Blute, offenbar in Folge einer destructiven Einwirkung des nun in grösserem Maasse eingeführten Quecksilbers.

Die gleiche Erscheinung ergibt sich, wie wir gleich hier vorweg bemerken wollen, auch bei der Zahl der Hämoglobinträger, welche Ansicht ja schon Wilbouchewitsch und Keyes ausgesprochen haben.

Die Untersuchungen der Kranken in den späteren Stadien der Syphilis bei einer Krankheitsdauer von vier bis zehn Monaten ohne vorhergegangene Therapie, ergaben dem Verlaufe der Krankheit entsprechend einigermassen verschiedene Befunde. In manchen allerdings seltenen Fällen scheint eine Besserung des Blutes mit dem Vergehen der floriden Symptome auch bei spontanem Verlaufe der Syphilis zu Stande zu kommen, anders könnten ja die Resultate der Untersuchungen, die, zumal bei den kräftigeren und wohlgenährten Individuen, nur geringfügige Verminderung des Hämoglobingehaltes erkennen liessen, kaum erklärt werden. In anderen Fällen sehen wir mit dem Auftreten schwererer Krankheitsformen die Zahlen des Hämoglobins so herabgemindert, dass sie eine tiefgehende Alteration des Blutes verrathen. Wir sehen unter diesen Umständen Abnahme der Färbekraft des Blutes bis auf 45% und es ist weiters für diese Fälle charakteristisch, dass selbst eine consequent durchgeführte antiluëtische Behandlung unter günstigen hygienischen Bedingungen wohl eine Steigerung in der Zahl der Hämoglobinträger selbst bis zur Norm, aber keine bedeutende Steigerung des Hämoglobinhaltes derselben bewirken kann.

Solche Fälle erlauben nach unserer Meinung prognostisch einen schlechten Verlauf der Syphilis vorauszusetzen und sind trotz des Schwundes der bestehenden Symptome unter der Einwirkung der Therapie schwere tertiäre Erscheinungen, vor allem schwere Anämien voraussichtlich, als deren Folgen sich wirkliche perniciöse Anämien herausstellen. Es ist ja auch in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten der Syphilis in der Aetiologie der perniciösen Anämie eine bedeutende Rolle zugeschrieben worden und geht Müller [1]) so weit, die Bedeutung derselben in Aetiologie der perniciösen Anämie in ähnlicher Weise aufzufassen, wie die Rolle, welche die Lues in der Aetiologie der Tabes dorsalis spielt.

Wir sehen also nach längerem Bestehen der Krankheit ohne Behandlung den Verlauf der Blutalteration verschieden gestaltet, in seltenen leichteren Fällen nur ganz geringe Veränderungen, in anderen Fällen dagegen Symptome schwersten Zerfalles.

Von grösserem Interesse müsste es nun erscheinen, die Verhältnisse des Blutes in Fällen von tertiärer Syphilis mit verschiedenen Formen bei bestehenden ausgebreiteten Geschwürsbildungen und Knochenerkrankungen zu beobachten.

[1]) Müller. Zur Aetiologie der perniciösen Anämie. Charité-Annalen 14. Jahrg. (1889.)

Auch hier sahen wir eine tiefe Alteration des Blutes in annähernd derselben Grösse wie in den secundären Stadien schwereren Verlaufes ausgesprochen. Es zeigte keiner von allen Fällen normalen Hämoglobingehalt. Im Allgemeinen aber trat ziemlich klar vor Augen, dass die Syphilis in ihrem tertiären Stadium dauernde, aber weniger intensive Veränderungen in dem Blute als an anderen Organen des menschlichen Körpers bewirkt. Der Höhepunkt ihrer destructiven Einwirkung ist mit den schweren Erscheinungen des secundären Stadiums im Allgemeinen erreicht, aber wir sehen, wie wir schon vorher erwähnt, gerade bei der tertiären Syphilis im Anschlusse an jene Fälle von schwerem Verlaufe die Erscheinungen jener Anämien zu Tage treten, die vollkommen den sogenannten perniciösen entsprechen. Wenn diesen Verhältnissen in der Zukunft Rechnung getragen wird, dann wird diese bisher so seltene ätiologische Quelle der Krankheit wohl zu der überwiegend häufigen werden.

Was nun die Zahl der rothen Blutkörperchen betrifft, so sind diesbezüglich, wie schon vordem erwähnt, wohl die differentesten Angaben gemacht worden. Der Anführung von ganz charakteristischen Zahlenveränderungen von Seite einiger Beobachtungen wurden Ergebnisse, die jede derartige Veränderung leugneten, von anderer Seite entgegengestellt. Es scheinen nun unsere Untersuchungen in diesem Punkte soweit Klarheit zu bieten, dass in den meisten der von uns beobachteten Fälle Veränderungen auch in den Zahlenverhältnissen der rothen Blutkörperchen zu constatiren waren, die nach ihrer, wenn auch in etwas weiterem Sinne zu nehmenden Constanz wohl auf keinen anderen Einfluss als auf den des inficirenden Virus zurückgeführt werden können, wie auch wiederum deren Annäherung zur Norm Hand in Hand mit der Therapie und parallel dem Verschwinden der anderweitigen Symptome ging. Die zur Zeit des Primäraffectes untersuchten Kranken wiesen im Beginne vollkommen normale Befunde auf. Es liessen sich mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem anderweitige Ursachen mitwirkten, bei wiederholten Untersuchungen keine Veränderungen in den quantitativen Verhältnissen der rothen Blutkörperchen nachweisen. Allmälig aber mit dem Herannahen der 10. Krankheitswoche verringerte sich die Zahl derselben mehr und mehr, um unmittelbar vor oder mit der Proruption den tiefsten Stand zu erreichen. Die Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen in diesem Stadium der zweiten Incubation kann bei Männern wie bei Frauen bis ein Drittel der normalen Zahl betragen. Auf annähernd dem gleichen Niveau erhalten

sich diese Zahlen auch während der vollkommenen Ausbildung des Exanthems und späterhin noch zu Beginn der Behandlung. Erst nach zehn oder mehr Einreibungen ist in den jeweiligen Zahlenschwankungen eine Tendenz zur Besserung kenntlich. Der Nachlass der gesammten luëtischen Erscheinungen unter Einwirkung des Quecksilbers prägt sich dann deutlich in dem allmäligen Ansteigen der Zahl der Hämocyten aus. Nach 20 bis 30 Einreibungen sehen wir das Exanthem in der Regel geschwunden und so auch die Zahl der rothen Blutkörperchen normal oder der Norm sehr genähert. Verfolgen wir die Wirkungen der Krankheit in den späteren Stadien der secundären Periode, so sehen wir auch hier in der Zahlenverhältnissen der Hämoglobinträger jenes differente Verhalten, wie wir es vordem bei dem Verhalten des Hämoglobingehaltes auseinandergesetzt haben — neben geringfügigen Alterationen — tiefes Herabsinken der Zahl der Sauerstoffträger bis auf fast die Hälfte. Hier aber sehen wir, verschieden von dem früher erwähnten Verhalten des Hämoglobins in diesen Fällen schwerer Affection, unter der Einwirkung des Quecksilbers eine verhältnissmässig rasche und vollständige Restitutio ad integrum eintreten. Die Zahl der rothen Blutkörperchen nähert sich also während der therapeutischen Massregeln der Höhe im gesunden Zustande, das Hämoglobin aber bleibt andauernd verringert.

Es erlaubt uns diese Erscheinung im Zusammenhalte mit den früher constatirten Thatsachen, nämlich der Abnahme des Hämoglobingehaltes im primären Stadium der Erkrankung bei unveränderter Zahl der rothen Blutkörperchen, weiters dem relativ viel weiter gehenden Abfalle des Hämoglobins, vor allem in den späteren Stadien der secundären Periode wohl die schon früher erwähnte Vermuthung als begründet hinzustellen, dass nämlich das Hämoglobin der rothen Blutkörperchen viel schneller dem Zerfalle unter dem Einflusse des syphilitischen Virus unterliegt und auch viel schwerer restituirt werden kann als das widerstandsfähigere Stroma der Träger derselben. Wir möchten daher ganz im Gegentheil zu de Lucca's Ansichten die Veränderungen des Blutes bei der Syphilis als eine Oligochromämie bei vermindertem Färbeindex jedes einzelnen Blutkörperchens hinstellen. Diese Ansicht wird noch mehr erhärtet durch die Ergebnisse unserer Untersuchungen an tertiär syphilitischen Individuen.

Ausnahmlos sehen wir hier die Zahlen des Hämoglobins herabgesetzt wie vorher erwähnt, sehr bedeutend, ganz geringfügig aber oder vollkommen fehlend waren die Veränderungen in der Zahl der

Hämocyten, die stets der Norm nahe, nur in einem Falle bei einem äusserst schwächlichen und schlecht genährten Individuum eine einigermassen in die Augen springende Veränderung aufwiesen.

Bezüglich der Zahl der Leukocyten und des Verhaltens der einzelnen Formen derselben zu einander ist von den meisten Beobachtern eine Vermehrung ihrer Zahl unter dem Einflusse der Erkrankung, wie nachher unter dem der Therapie eine Rückkehr zur Norm gefunden worden. Es ist dieses Verhalten wohl in vielen Fällen als das richtige constatirbar, in manchen Fällen aber war mir die Unregelmässigkeit der Zahlenverhältnisse der Leukocyten zu dem der rothen Blutkörperchen auffallend. Es unterliegt ja die Zahl der Leukocyten im Blute nach den Beobachtungen von Donders, Moleschott, Virchow u. A. sehr grossen täglichen Schwankungen. Nach den Angaben von Alexander Schmidt und Landois gehen auch unmittelbar nach der Entleerung massenhaft Leukocyten zu Grunde (A. Schmidt taxirt die Zahl der sich erhaltenden auf etwa nur ein Zehntel der Gesammtzahl im kreisenden Blute); weiters scheint je nach der Art des benutzten Menstruums eine mehr oder weniger grosse Zahl von Leukocyten zu Grunde zu gehen. Von diesem Gesichtspunkte aus dürfen wir nicht fehl gehen, wenn wir die oben erwähnten Schwankungen als erklärlich und natürlich hinstellen.

---

Herr Rille (Wien):

## Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen.

Ich will mir erlauben, im Folgenden über Untersuchungen zu berichten, mit denen ich zwei Jahre lang beschäftigt gewesen und die an weiland Professor Lipp's Klinik zu Graz begonnen, an dem reichen Materiale der Klinik des Herrn Professor Neumann hier in Wien fortgesetzt wurden. Dieselben wurden zumeist mit Hilfe der Ehrlich'schen Färbemethoden ausgeführt, und es liegt somit ihr Schwerpunkt in der Feststellung des Mengenverhältnisses der einzelnen Leukocytenformen. Vor verhältnissmässig nicht gar langer Zeit schrieb und sprach man noch von Leukocyten schlechtweg, von weissen Blutkörperchen im Gegensatze zu den rothen; man

betrachtete sie als eine morphologische Einheit. Allerdings hatte Virchow, bahnbrechend auch hier, schon im Jahre 1857, da er in einer berühmten Abhandlung das Krankheitsbild der Leukämie aufstellte und benannte, auf das Vorhandensein ein- und mehrkerniger Leukocyten hingewiesen, und etwa zehn Jahre später beschrieb Max Schultze eigenthümliche grobgranulirte Formen, die er mit Hilfe des von ihm erfundenen heizbaren Objecttisches zur Ansicht brachte und die mit dem identisch sind, was wir heute eosinophile Zellen nennen.

Diese Funde fanden indess längere Zeit nicht die entsprechende Berücksichtigung seitens der Kliniker und Pathologen, und die Leukocyten blieben noch lange, um mich des drastischen Vergleiches von Rindfleisch zu bedienen, »ein Omnibus, in dem alles Mögliche fuhr«.

Erst in den letzten Jahren wurde durch Ehrlich ein grosser Schritt vorwärts gethan, indem dieser hochverdiente Forscher Färbungsmethoden kennen lehrte, die eine scharfe Differenzirung der einzelnen Leukocytenformen ermöglichen. Wenn man ein Blutdeckglaspräparat nach seinem Vergange mehrere Stunden lang auf 120° erhitzt und hernach mit einer seiner Farblösungen, welche Gemische von sogenannten sauren und basischen Anilinfarben darstellen, tingirt hat, z. B. mit Indulin und Eosin (oder auch mit Hämatoxylin und Eosin), so kann man folgende Arten weisser Blutzellen darin erkennen:

1. die sogenannten kleinen Lymphocyten. Dieselben sind etwas kleiner als die rothen Blutkörperchen und besitzen einen ziemlich grossen, intensiv mit I. oder H. färbbaren Kern, der die Hauptmasse der Zelle ausmacht, so dass nur ein ganz schmaler, nahezu ungefärbter Protoplasmasaum um den Kern herum vorhanden ist;

2. die grossen Lymphocyten. Dieselben sind den erstgenannten ziemlich ähnlich und stellen auch ein weiteres Entwicklungsstadium derselben vor. Sie sind jedoch etwas grösser, besitzen gleichfalls einen grossen Kern, der aber von einem breiteren Protoplasmasaum umgeben ist und etwas blasser gefärbt erscheint. Diese beiden Formen entstehen, wie man seit Virchow mit Sicherheit weiss, in den Lymphdrüsen, in deren Gewebesaft sie auch in grosser Menge zu finden sind, und machen etwa 20% aller weissen Blutzellen des normalen Blutes aus. Sie sind vermehrt bei Krankheitsprocessen, die mit Reizung, Entzündung und Vergrösserung der Lymphdrüsen einhergehen. So fand ich sie in vermehrter Zahl

bei der Lymphadenitis im Gefolge des weichen Schankers, bei der Syphilis mit Eintreten der allgemeinen Drüsenschwellung, weiters bei der Prurigo, bei Masern, ferner bei Variola (in geringerer Menge bei Purpura variolosa).

Als 3. Form haben wir zu unterscheiden die sogenannten polynucleären Leukocyten. Sie sind grösser als die rothen Blutkörperchen und besitzen mehrere intensiv färbbare Kerne oder eigentlich besser gesagt einen mehrfach gelappten Kern, denn bei exacter Tinction und Anwendung guter optischer Systeme kann man nahezu immer zwischen den einzelnen »Kernen« einen dieselben verbindenden, feinen Faden bemerken, so dass man dieselben besser polymorphkernige Leukocyten nennen würde. Sie betragen beim gesunden Menschen etwa 70% aller weissen Blutzellen und machen also das Gros der Leukocyten aus. Sie besitzen in hohem Grade die Fähigkeit der amöboïden Bewegung, und sie sind es, die bei der Entzündung die Gefässe verlassen und dann grösstentheils das formiren, was wir Eiter nennen.

4. Die mononucleären Elemente. Dieselben sind meist grösser, oft bedeutend grösser als die polynucleären Leukocyten und zeigen einen ziemlich schwach gefärbten, meist ovoïden grossen Kern.

Sie entstehen im Knochenmark und in der Milz und bilden der Entwicklung nach die Vorstufe der polynucleären Zellen, eine Annahme, die durch das Vorhandensein entsprechender Uebergangsformen bewiesen werden kann. Die letzteren besitzen nämlich eingebuchtete Kerne, die ausserdem auch verschieden stark tingibel sind. Nach Ehrlich's Annahme findet diese Metamorphose nicht in den blutbereitenden Organen, sondern in der Blutbahn selbst statt, da ja hier reichlichst Ernährungsmaterial vorhanden ist. Man findet daher auch in Zuständen, wo das Blut an solchen Stoffen verarmt, wie bei gewissen Kachexien, eine Verlangsamung oder Sistirung dieses Ueberganges, so z. B. bei Tuberculose und Carcinom. Mindestens eine Andeutung dieses Verhältnisses kann man auch in jedem Falle von Syphilis finden, während schwerere Fälle, zumal die mit lenticulären Papeln oder mit Lichen syphilit. einhergehenden, eine in die Augen springende bedeutende Vermehrung dieser Uebergangs- und mononucleären Formen erkennen lassen. Das Gleiche gilt auch von einigermassen schwereren Fällen tertiärer Lues.

5. Haben wir noch der eosinophilen Zellen zu gedenken. Es sind das ziemlich grosse Leukocyten mit zumeist zwei durch

Hämatoxylin schwach färbbaren Kernen und einem von groben, im ungefärbten Zustande stark glänzenden Granulis erfüllten Protoplasma.

Diese Granulationen haben die Eigenschaft, sich in sogenannten sauren Farbstoffen, am schönsten in Eosin, äusserst intensiv zu färben — daher der Name.

Im normalen Blute machen sie etwa 2—5% der Gesammtleukocyten aus. Von Ehrlich wurden höhere Ziffern als charakteristisch für Leukämie angenommen und ein solcher Befund als einer der wichtigsten Behelfe bei der Diagnose dieser Krankheit bezeichnet. Meines Wissens war v. Jaksch der Erste, welcher angab, dass sie auch bei anderen pathologischen Zuständen sichtlich vermehrt angetroffen werden können.

Sie finden sich aber in beträchtlicher, oft ganz ausserordentlicher Vermehrung bei gewissen Hautkrankheiten, wie ich nachher ausführen werde. Seit Ehrlich gilt es als Grundsatz, dass ihre Ursprungsstätte das Knochenmark sei — ich glaube indess, dass aus den gleich zu berichtenden Befunden hervorgeht, dass sie auch in der Haut gebildet werden.

Dies die wichtigsten Formen der Leukocyten. Anhangsweise muss ich noch zwei hier in Betracht kommende Formen weisser Blutkörperchen erwähnen, zunächst die sogenannten Myeloplaxen oder Markzellen im Sinne von Cornil und H. F. Müller.

Das sind sehr grosse Zellen mit einem grossen, meist siebartig durchlöcherten, schwach färbbaren Kerne. Sie entstehen im Knochenmarke und sind charakteristisch für die myelogene Leukämie. Ich fand sie in einigen wenigen Fällen von Syphilis, die mit bedeutender Anämie und stark herabgesetztem Hämoglobingehalte einhergingen, weiters in einem Falle von Variola haemorrhagica. — Zuletzt habe ich noch der sogenannten Mastzellen zu gedenken. Es sind das Körnchenzellen, die äusserlich viel Aehnlichkeit mit den eosinophilen Zellen haben, deren Granula aber sich nicht mit sauren sondern mit basischen Anilinfarben tingiren, also nicht mit Eosin, sondern z. B. mit Methylenblau.

Sie sind im Blute einiger Kaltblüter, besonders der Schildkröten in grosser Zahl zu finden, im normalen Menschenblute dagegen ziemlich selten.

Nun noch ein Wort über die rothen Blutkörperchen. Auf Schwankungen im Grössenverhältnisse und der Form derselben kann ich, da das zu weit führen würde, nicht weiter eingehen, son-

dern nur die sogenannten kernhaltigen rothen Blutkörperchen kurz streifen. Im fötalen Leben finden sich nur kernhaltige Erythrocyten in der Blutbahn und werden beiläufig im siebenten Monate durch die kernlosen ersetzt. Man findet daher bei Neugebornen und jungen Kindern auch unter normalen Verhältnissen vereinzelte kernhaltige rothe Blutkörperchen, bei Erwachsenen dagegen nur unter exquisit pathologischen Verhältnissen, vor Allem bei Leukämie und perniciöser Anämie, ferner bei secundären Anämien, so z. B. bei durch Trauma und Blutverlust entstandenen.

Dabei unterscheidet man Normoblasten, Megalo- und Mikroblasten, also wie der Name sagt, gewöhnlich grosse, übergrosse und kleine Formen.

Bei primären Anämien, z. B. bei perniciöser Anämie und bei Leukämie, findet man stets nur Megaloblasten, bei secundärer Anämie, also bei Blutverlusten nur Normoblasten im Blute.

Nach dieser, wie ich glaube, unerlässlich gewesenen Aufzählung, wende ich mich nun zur Beschreibung der einzelnen Befunde, zunächst zur Syphilis.

Im Anfangsstadium, bei alleinigem Vorhandensein der Initialmanifestation, findet sich — sonst gesunde und kräftige Individuen vorausgesetzt — im Allgemeinen keine Alteration der morphotischen Bestandtheile des Blutes. Erst mit dem Auftreten des Exanthemes, der allgemeinen Lymphdrüsenschwellung ist eine sichtliche Zunahme der leukocytären Elemente zu constatiren, u. zw.:

1. Zunahme der sogenannten Lymphocyten, und zwar beider Varietäten.

2. Zunahme der eosinophilen Zellen, was namentlich beim papulösen Exanthem der Fall ist. Ihre Anzahl geht parallel mit der Ausbreitung und Zahl der Hauteffloreszenzen.

3. Beträchtliche Zunahme der sogenannten Uebergangsformen und der ihnen zunächst, nämlich genetisch tiefer stehenden grossen mononucleären Leukocyten.

4. Fand ich — aber durchaus nicht constant — in einigen Fällen, die weibliche Individuen betrafen und mit grosser Blässe der Haut und Schleimhäute, sowie mit stark herabgesetztem Hämoglobingehalt einhergingen, die vorhin beschriebenen Myeloplaxen oder Markzellen Cornil's. Dr. Loos in Graz fand diese Formen nahezu constant im Blute hereditär-syphilitischer Kinder.

Eine Andeutung dieser geänderten Mengenverhältnisse scheint in einigen Fällen schon sehr bald — noch zur Zeit des Primär-

affectes vorhanden zu sein. Mit Abnahme der Krankheitserscheinungen, respective im Verlaufe der antiluëtischen Medicationen nähern sich die Procentverhältnisse der Leukocytenformen wiederum der Norm. Ganz entsprechend sind die Verhältnisse bei den Recidiven der Syphilis. Was die Befunde des tertiären Stadiums betrifft, so können dieselben wegen der Vielgestaltigkeit, die diese Periode des syphilitischen Krankheitsprocesses auszeichnet, nur mit Reserve hier angeführt werden. Wenn ich mich zunächst auf die Fälle von Hautgummen beziehe, so scheint es sich hier um ziemlich conforme Verhältnisse zu handeln. Namentlich erscheinen die mononucleären Zellen und die Uebergangsformen vermehrt.

Erwähnung verdient noch, dass bei meiner bisherigen Untersuchungsreihe, die sich fast ausschliesslich auf die Syphilis erwachsener Individuen erstreckte, in keinem Falle kernhaltige rothe Blutkörperchen gesehen wurden, im Gegensatze zu den positiven Angaben von Loos über Syphilis neonatorum, die ich vollinhaltlich bestätigen kann. Das ist aber auch verständlich, wenn man weiss, dass die Untersuchung des kindlichen Blutes durch andere, vorhin gekennzeichnete Factoren complicirt ist.

Auf zahlreiche hierher gehörige Details (namentlich die sogenannten specifischen Granulationen des Blutes) noch weiter einzugehen, muss ich heute wohl verzichten und gehe zur Beschreibung der Befunde bei Hautkrankheiten über.

Hier stehen die eosinophilen Zellen im Vordergrunde des Interesses. Neusser sowie Loos haben zuerst auf diese Verhältnisse hingewiesen.

Es gibt Hautaffectionen, bei denen die Vermehrung dieser Blutelemente die denkbar höchsten Grade erreicht, wie sonst bei gar keinem pathologischen Zustande, auch nicht bei der Leukämie, für welche, wie ich vorhin erwähnte, eine stärkere Vermehrung noch vor Kurzem als pathognomonisch angesehen wurde. Die hier in Frage kommenden Zustände sind zunächst das Ekzem, ferner der Pemphigus und die Prurigo.

Bei universellem Ekzem erreicht die Zahl der eosinophilen Zellen imponirende Werthe, in allen Gesichtsfeldern findet man mindestens eine, in vielen mehrere, oft sechs bis acht beisammen, so dass die anderen Leukocytenformen förmlich ganz zurücktreten. Ich verfüge unter anderem über einen äusserst prägnanten Fall, der einen 52jährigen Mann betraf, dessen gesammte Körperoberfläche mit Krusten und Schuppen, dazwischen tiefen Rhagaden, bedeckt war. Wochen und Monate hindurch zeigten die Präparate den oben

geschilderten Befund, mit fortschreitender Heilung nahm die Zahl der eosinophilen Zellen merklich ab, um, nachdem jene erfolgt war, etwa 4—5% der Gesammtleukocyten auszumachen.

Bei demselben Falle sah ich auch Mastzellen in verhältnissmässig grosser Zahl. Es bedarf indess zur Vermehrung der eosinophilen Zellen keiner so ausgedehnten Verbreitung der Krankheit — unzweifelhafte Vermehrung derselben findet man schon bei einem einfachen Kopf- und Gesichtsekzem, namentlich dem der Kinder. Conforme Verhältnisse finden wir bei Pemphigus und Prurigo — auch hier sehr hohe Ziffern, namentlich beim Pemphigus foliaceus und der Prurigo agria.

Durch diese Befunde aufmerksam gemacht, habe ich weiters den grössten Theil der sonst noch existirenden chronischen Hautaffectionen, die ich hier nicht alle aufführen kann, untersucht, ohne dass ich zu constanten Resultaten kommen konnte. So fand ich z. B. in einigen Fällen von Psoriasis eine namhafte Vermehrung der in Rede stehenden Zellen, bei anderen hingegen trotz ziemlich ausgebreiteter Krankheit einen normalen Percentsatz. Ebenso wenig hatte ich bei Lupus vulgaris übereinstimmende Resultate. Entweder war der Blutbefund völlig normal oder es lag ein mehr weniger hoher Grad von Eosinophilie vor oder aber zeigte das Blut anderweitige Alterationen, wie starkes Vorwiegen der mononucleären und der Uebergangsformen — Befunde, die wohl in der sonstigen Constitution und dem Vorhandensein anderweitiger tuberculöser Complicationen ihre Erklärung finden dürften. Hingegen fand ich zu wiederholten Malen eine beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen nach Tuberculininjectionen, wo selbe vor der Injection nicht in die Augen springend war. Ich glaube, dass man es in diesem Falle mit aus dem lupös erkrankten Gewebe in die Blutbahn geschleuderten eosinophilen Zellen zu thun habe.

Jadassohn hat ja im Vorjahre eosinophile Zellen im lupösen Gewebe demonstrirt.

Ich wende mich nunmehr zu den acuten Exanthemen.

Bei einer geringen Zahl von Variolafällen im Stadium der Suppuration fand ich leichte Vermehrung der mono- und polynucleären Zellen, sowie Vermehrung der Lymphocyten, bei zwei Fällen von Purpura variolosa zahlreiche kernhaltige rothe Blutkörperchen von normoblastischem Typus, weiters zahlreiche mononucleäre Formen und vereinzelte Cornil'sche Markzellen oder Myeloplaxen.

Bei einigen zwanzig Masernfällen fand ich sowohl leichte Vermehrung der eosinophilen Zellen und stärkere Betheiligung der Lymphocyten, wie auch völlig normale Befunde. Von Scarlatina verfüge ich nur über drei Fälle. Bei zwei leichteren, Individuen von 15—22 Jahren betreffenden Fällen fand ich kaum eine Abweichung von der Norm, dagegen gab es in einem dritten, tödtlich verlaufenen Falle eines dreijährigen Kindes eine sehr starke Vermehrung der eosinophilen Zellen.

Ein russischer Forscher, Kotschetkow, hat übrigens jüngst für Scharlach Blutbefunde sehr prägnanter Art veröffentlicht.

Interessant sind noch die Befunde bei Erysipel, wovon ich eine grosse Zahl zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ich fand hierbei eine hochgradige Vermehrung der polynucleären Zellen, also eine Vermehrung derjenigen Leukocyten, die schon de norma das Blutbild beherrschen. Diese Vermehrung schwand nahezu ganz, gleichzeitig mit dem Temperaturabfall und dem Hautprocesse. Vermehrung der weissen Blutkörperchen beim Erysipel hat bereits v. Limbeck constatiren können. Er machte indess keine Angaben über die Qualität dieser Zellen.

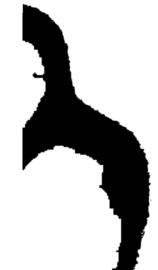
Was folgt nun aus diesen Befunden und wie kann man dieselben erklären?

Zu dem Zwecke theilt man dieselben, wie ich glaube, zweckmässig in drei Gruppen:

1. die ganz isolirt stehende polynucleäre Leukocytose bei Erysipel,
2. die Eosinophilie der genannten chronischen Dermatosen,
3. die Befunde bei Syphilis.

Ad 1. Was die Erysipelleukocytose betrifft, so stellt sie eine Form der sogenannten entzündlichen Leukocytose dar, wie sie mehrfach für die lobuläre Pneumonie, Peritonitis u. s. w. angenommen wird. Sie kann auf zweifache Weise erklärt werden. Entweder ist es der durch das Krankheitsvirus gesetzte Reiz, welcher primär eine Vermehrung der weissen Blutzellen zur Folge hat, und wäre das nichts Anderes als eine einfache Analogie zu schon vor längerer Zeit von Pohl angestellten sehr sorgfältigen Thierversuchen, die ergeben haben, dass bei Zufuhr gewisser chemischer Agentien und Arzneistoffe Leukocytosen auftreten. Als solche Stoffe wurden u. A. genannt gewisse Alkaloïde, das Piperidin, der Essigäther und eine grosse Zahl von Riech- und Bitterstoffen.

Eine andere Erklärung wäre die, dass der Entzündungsreiz nicht das Primäre sei, sondern dass zunächst unter Beihilfe der Chemotaxis die Emigration der Leukocytenin das erkrankte Gewebe



und erst im Anschlusse daran als ein Ausdruck der Regeneration eine vermehrte Production von Leukocyten zu Stande komme (Joas).

Ad 2. Wie steht es nun mit jener hochgradigen Vermehrung der eosinophilen Zellen beim Ekzem, Pemphigus u. s. w.? Dieselbe ist ein so auffälliger Befund, der, wie ich schon erwähnte, bei gar keinem Krankheitsprocesse seinesgleichen hat, dass man wohl nicht umhin kann, denselben in directe Beziehung zum Hauptprocesse zu setzen. Ich glaube daher mit Neusser, dass eosinophile Zellen nicht blos, wie die Ehrlich'sche Lehre besagt, im Knochenmark, sondern auch in der Haut entstehen. Ich bin in dieser Meinung, die ich längst schon hegte, bestärkt worden durch seither physiologischerseits gemachte Untersuchungen. 1889 ging aus Gaule's Laboratorium in Zürich eine von Th. Kodis gemachte Arbeit hervor, in welcher durch Untersuchung der Verhältnisse am Froschlarvenschwanz zu erweisen gesucht wird, dass die bis jetzt als Wanderzellen im Epithel beschriebenen Gebilde endogen in demselben entstehen, also direct aus Epithelzellen hervorgehen — Uebergänge, die aus den dort beigegebenen zahlreichen Abbildungen zu ersehen sind. Kodis hat weiters die Entstehung und Entwicklung dieser Zellen experimentell anregen und steigern können, indem er durch das die Froschlarven aufnehmende Wassergefäss faradische Ströme während verschieden langer Zeiträume hindurchschickte. Ich glaube, dass man sich in ähnlicher Weise eben aus den Epithelzellen auch den Entstehungsmodus unserer eosinophilen Zellen vorstellen könnte, und brauche wohl bei der Schwierigkeit solcher zelltheoretischer Aufstellungen nicht hinzuzufügen, dass ich diesen Erklärungsversuch nur mit allergrösster Reserve gebe.

Ad 3. Was nun zuletzt die Verhältnisse bei der Syphilis angeht, so wirken da wohl mehrere Factoren zusammen. Die Entstehung der eosinophilen Zellen könnte zum Theile die eben angedeutete sein, während die übrigen Befunde sich unschwer theils aus der Lymphdrüsenreizung, sowie aus der Unterernährung des Organismus ergeben.

Ich kann nicht schliessen, ohne Herrn Prof. Neumann, welcher mir in liberalster Weise die reichen Mittel seiner Klinik zur Verfügung gestellt und persönlich die geeigneten Fälle ausgewählt hat, hierfür meinen aufrichtigsten Dank zu sagen; in Dankbarkeit gedenke ich auch des warmen Interesses und der munificenten Förderung, die mein verstorbener Lehrer Prof. E. Lipp in Graz diesen Studien zu Theil werden liess.

---

## Schlussverhandlung.

**Kaposi**: Meine Herren! Das Programm des Congresses, soweit es sich um Vorträge handelt, ist erschöpft. Wir kommen nun dazu, eine administrative Frage zu erledigen. Es handelt sich um die Wahl des Ortes, in welchem der Congress 1895 nach dem in Paris gefassten Beschlusse, dass alle drei Jahre der Congress wieder zusammentreten soll, stattfinden wird. Zu diesem Punkte hat Mr. Hutchinson einen Antrag eingebracht.

**Hutchinson**: I have been going about with a deep curse for the tower of Babel as it has prevented me from expressing all I thought to those who have so kindly received us here. I think this Congress has been a great success and has done much for spreading the knowledge of dermatology.

I have no doubt that all will agree with me in the proposition that another such Congress should take place in three years. I am besides the bearer of an invitation from the dermatological Society in London, asking that the Congress should meet in London in 1895. I invite you with timidity, thinking of the way we have been greeted here, we may perhaps not do as well but we shall do our best. I speak on behalf not only of the dermatological Society but also of all the members of the medical profession in London.

**Kaposi**: Die Herren haben soeben vernommen, dass Mr. Hutchinson nicht nur in seinem eigenen Namen und in dem seiner Collegen des dermatologischen Faches, sondern auch im Namen der grossen Zahl von nichtdermatologischen Londoner Collegen eine ausserordentlich herzliche Einladung an den Congress richtet, zum Sitzungsort seiner nächsten Versammlung London zu wählen. Ich stelle die Frage an die geehrte Versammlung, ob Jemand zu diesem Vorschlage das Wort nehmen will oder ob dieser Antrag per acclamationem angenommen werden soll. (Letzteres geschieht.

London ist demnach einstimmig und mit Acclamation zum nächsten Versammlungsort gewählt.

**Morris**: Mr. President, Herr Rector! I have great pleasure in proposing that Mr. Jonathan Hutchinson should be president of the third dermatological Congress. No member of the profession stands higher both for scientific work and personal position. Mr. Hutchinson's name is as known throughout Europe as it is in England and I hope you shall agree with me that Mr. J. Hutchinson should be president.

**Kaposi:** Auch dieser Antrag von Mr. Malcolm Morris, dass Mr. Jon. Hutchinson der Präsident des nächsten internationalen dermatologischen Congresses sein soll, ist per acclamationem angenommen.

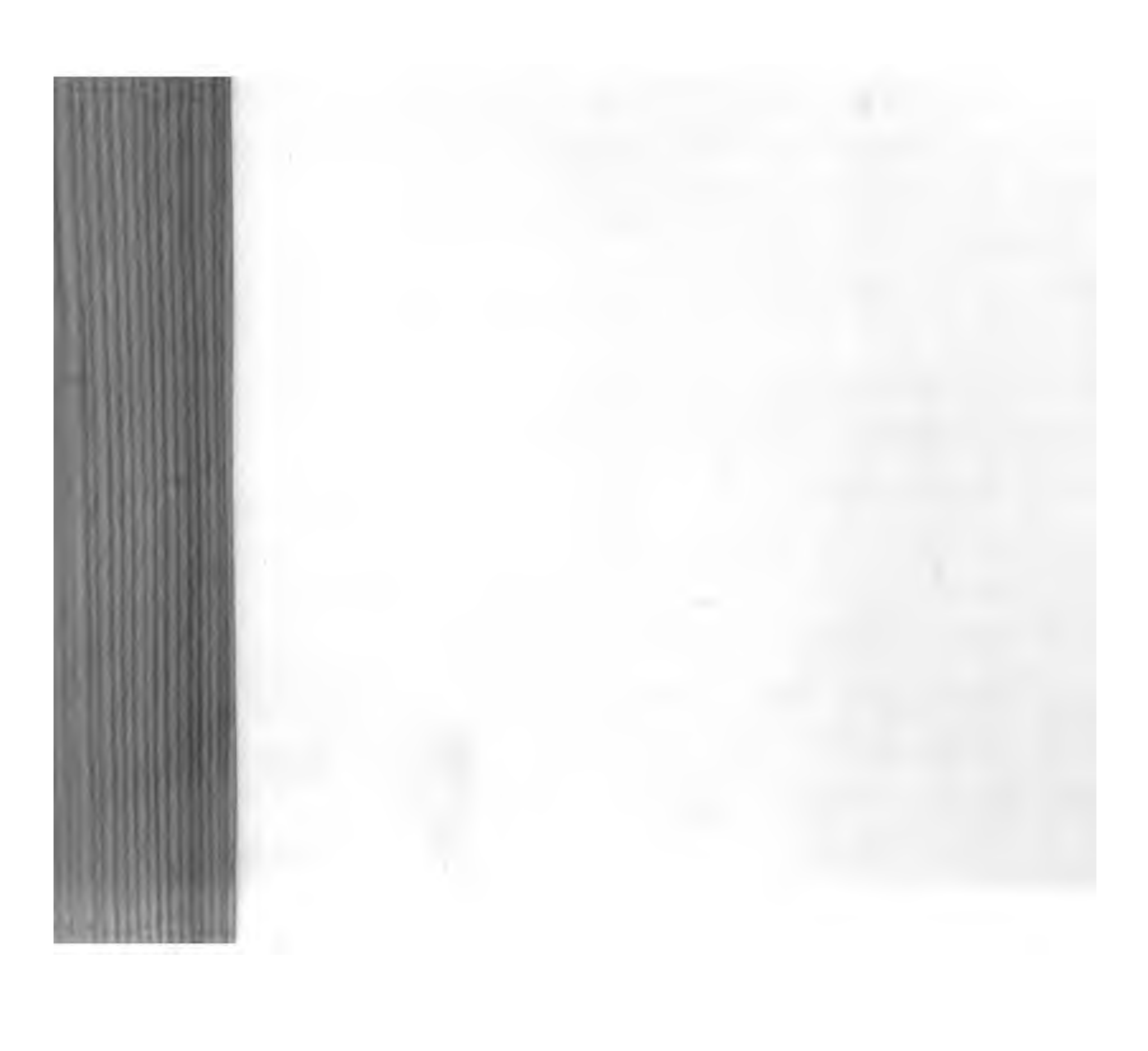
Bevor ich nun daran gehe, den Congress formell zu schliessen, gestatten Sie mir, einige Worte an Sie zu richten. Ich denke, dass, da wir auseinandergehen nach allen Richtungen der Windrose, Sie selbst alle noch gern einen Blick werden werfen wollen auf das Werk, das sie selbst vollbracht. Es ist ein stattliches, ein ernstes Werk der wissenschaftlichen Arbeit, welches Ihrem Congresse und dem Orte, an dem er stattgefunden hat, alle Ehre machen wird. Ich selbst theile die Freude über das Gelingen dieses Werkes, allerdings nicht ohne ein Gefühl des persönlichen Bedauerns, dass ich selbst gar nichts zu demselben beigetragen habe. Die Stellung, mit der Sie mich als Präsident des Congresses beehrt haben, bringt eine gewisse Pflicht der Reserve mit sich, nicht in die wissenschaftlichen Discussionen einzugehen, und ich weiss, dass ich in dieser Beziehung in grosser Schuld bei Ihnen stehe. Ich hoffe aber, dass es mir bei anderer Gelegenheit möglich sein wird, Ihnen einen Theil dieser Schuld abzutragen. In der That hat der ganze Verlauf des Congresses, wie ich zu sehen und wahrzunehmen Gelegenheit hatte, doch den Eindruck der Befriedigung bei Ihnen allen machen müssen. Die grosse Zahl und der meritorische Inhalt der wissenschaftlichen Vorträge, der Discussion, der in den Nebenräumen befindlichen Ausstellung, hat uns Allen so viel Lehrreiches geboten, dass wir darüber ganz erfreut sein können, dass wir in der Folge die Früchte davon haben werden; und es hat all dies so viel Anregungen gegeben und wird gewiss noch so viel Arbeiten zur Folge haben, dass schon dadurch jeder Mitarbeiter des Congresses Befriedigung, Nutzen und Genuss davontragen wird, und dass Ihnen schon dies allein die Erinnerung an den Aufenthalt in Wien angenehm und dauernd erhalten wird. Ich selbst, der ich als Präsident, als Mitglied unserer Facultät an dem Gelingen des Congresses betheiligt bin, ich muss jedem Einzelnen von Ihnen den Dank aussprechen, die Sie einzeln oder in Ihrer Gesammtheit Arbeiter an diesem Werke sind; meinen innigsten Dank und den des Congresses spreche ich all Denjenigen aus, die die Grundmauern zu dieser Arbeit gelegt haben, den Secretären des Auslandes, allen Comitémitgliedern, die hier in Wien thätig gewesen sind, und in jeder Richtung den Congress zu fördern mitgeholfen haben. Ich bin auch ausserordentlich befriedigt zu sehen und zu hören, dass Sie nicht gefunden haben, ich hätte in

meiner Begrüssungsrede zu viel gesagt, dass Regierung, Stadt, Bevölkerung und insbesonders unsere Universität, deren sehr geehrte Repräsentanten Sie nicht nur bei Ihrem Einzug, sondern auch bei Ihrem Auszuge hier gegenwärtig sehen, dass das Interesse von all diesen Seiten für den Congress von Anfang an ein sehr lebhaftes war und bis zu Ende desselben geblieben ist. Ich für meine Person bin Ihnen noch zu besonderem Dank verpflichtet; ich habe einen guten Theil meines Ich mit dem Zustandekommen, mit der Geburt, mit dem Leben des Congresses verquickt, und so ängstlich und besorgt ich war, so lange der Congress noch unter den Wehen der Geburt, den Schwierigkeiten der äusseren Verhältnisse Anlass gab, für sein Leben zu fürchten, so wurde in demselben Masse, als Puls und Athem dieses Congresses lebhafter wurden, auch mein Puls beschleunigt, und ich lebte wieder auf. Und dieser Einfluss auf mein Wesen wird kein vorübergehender sein. Er wird zurückbleiben in mir als eine dauernde und dankbare Erinnerung alle meine Tage. Ich glaube aber auch annehmen zu können, dass Sie nicht blos in Erinerung all dessen, was Sie in wissenschaftlicher Hinsicht selber geleistet haben — gethane Arbeit macht ja die grösste Freude —, sondern auch in anderer Richtung angenehme Erinnerungen von Wien zurückbringen. Es hat meiner Wahrnehmung nach alle diese Tage ein guter Geist in diesen Hallen gelebt, ein Geist der Würde, des Ernstes, der gegenseitigen Achtung, und ich glaube mich auch nicht getäuscht zu haben in der Wahrnehmung, dass Bande der Freundschaft geschlossen worden sind in einer Zahl und Innigkeit, wie, ich glaube, nicht bald auf einem Congress wahrgenommen wurde. Es ist uns Wienern, unserer Universität, jedem Einzelnen von uns viel daran gelegen, dass Sie, von Wien fortziehend, ein dauerndes Andenken, ein freundliches Gedenken mit sich nehmen. Ich möchte Ihnen zum Ausdrucke meines Dankes Allen gerne die Hand drücken, ich thue es, indem ich sie Mr. Hardy drücke, der ja geistig uns gleichsam die Einheit des Congresses repräsentirt. Ich sage Ihnen Allen im Namen von uns Wienern, des Organisationscomités, von Allen, die mit warmem Interesse Ihr Kommen, Ihre Arbeit verfolgt haben, den besten, den innigsten Dank. Ich sage Ihnen ein herzliches Lebewohl. Damit erkläre ich den zweiten internationalen dermatologischen Congress für geschlossen.

Hardy: Je n'ose vous dire au revoir parceque je ne sais ce que l'avenir nous réserve mais en tout cas, si cela m'est possible je serai très heureux de vous revoir à Londres dans trois ans.

## NICHT ZUM VORTRAGE GEKOMMENE UND NACHTRÄGLICH EINGESENDETE MITTHEILUNGEN.

1. **Du traitement de l'Eléphancie (Eléphantiasis des arabes) par l'électricité et quelques autres moyens adjuvants** par le Dr. da Silva Araujo. (Rio de Janairo.)
2. **Du traitement du lupus par les solutions fortes de sublimé.** Par le Dr. P. Aubert.
3. **On the internal treatment of lupus erythematosus with phosphorus.** Von L. Duncan Bulkley, A. M., M. D.
4. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der chronischen Urethritis posterior und der chronischen Prostatitis blenorrhagica.** Von Docenten Dr. E. Finger (Wien).
5. **Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme.** Vom Docenten Dr. E. Finger (Wien).
6. **Die neuesten Verbesserungen der electro-urethroskopischen Apparate und deren therapeutische Verwendung.** Von Dr. Arthur Kollmann, Polizeiarzt und Privatdocent in Leipzig.
7. **Cocaïn als Local-Anästheticum.** Von Moraga.
8. **Zur Lepra-Frage in Europa.** Von Dr. O. Petersen (St. Petersburg).
9. **Ueber Gonococcenculturen.** Von Dr. A. Risso.
10. **Behandlung des Lupus erythematosus.** Von Baldomar Sommmer (Buenos Ayres).
11. **Traitement de la teigne faveuse et de la pelade par le naphtol.** Par Prof. Dr. Vineta-Bellaserra.
12. **Ueber die Innervation der Blase.** Von Dr. M. von Zeissl.
13. **La lèpre est une maladie héreditaire.** Par le Dr. Zambaco Pacha.
14. **Contagiosité de la lèpre.** Par S. E. Mavrogeny Pacha.



## Du traitement de l'Eléphancie (Eléphantiasis des arabes) par l'électricité et quelques autres moyens adjuvants

par le Dr. da Silva Araujo. (Rio de Janeiro.)

Le docteur Silva Araujo a envoyé au Congrès un important mémoire sur ce sujet, accompagné de 13 planches représentant de nombreuses photographies des malades traités par lui, et les appareils électriques dont il se sert. Dans l'impossibilité de reproduire toutes ces photographies, dont quelques-unes, d'ailleurs, ont déjà été publiées par lui dans le 3e fascicule de son »Atlas des maladies de la peau«, nous sommes obligés de donner seulement un résumé de cet important travail.

### I.

Le but que se propose monsieur da Silva Araujo dans ce mémoire est de confirmer ce qu'il a déjà dit, il y a plus de douze ans, sur le traitement de l'éléphancie par l'éléctricité; de combattre l'objection qui lui a été faite, à savoir que c'est à la compression qu'il doit les succès obtenus chez ses malades; de présenter, enfin, le résultat de son observation sur l'emploi de l'ichthyol intus et extra comme adjuvant de sa méthode électrique.

On peut, en effet, suivre sur les photographies annexées au mémoire les améliorations progressives dont parle l'auteur.

Certains auteurs ayant essayé le traitement de monsieur da Silva Araujo paraissent ne pas avoir obtenu les mêmes heureux résultats. Cela tient sans doute à quelque erreur de technique; aussi renvoie-t-il pour le mode d'application de son traitement au 3e fascicule de son Atlas, où la méthode se trouve décrite en détail. Il ajoute que dans le traitement de l'éléphancie il n'emploie pas uniquement l'électrothérapie sous la forme de courants d'induction, continus, et sous celle de l'électrolyse. Il a recours également à d'autres moyens adjuvants, tels que le massage, la compression élastique et méthodique, l'élévation, le repos, les toniques, diurétiques, purgatifs, etc.

Il est heureux de voir que MM. Besnier et Doyon sont en accord avec ses opinions (notes de la 2ᵉ édition française de la traduction du Traité de Kaposi), et que tout récemment en France à la société des sciences médicales de Lyon (Journal des maladies cutanées, tome 4, no. 6) monsieur Cordier rapportait l'histoire d'une malade guérie d'un éléphantiasis sporadique par les courants continus.

II.

Monsieur da Silva Araujo trouve très facile de combattre l'objection qu'on fait à sa méthode, cest-à-dire que c'est à la compression qu'il doit ses succès.

Pour démontrer que, seule, l'électricité guérit l'éléphancie, l'auteur présente plusieurs observations parmi lesquelles une d'un malade atteint d'éléphancie scrotale guérie complètement sans avoir eu d'autres moyens que l'électricité. Tout cela est minutieusement démontré dans la thèse de son élève, monsieur Franco, qui pendant longtemps s'est livré dans son service à d'intéressantes recherches sur ce sujet.

Monsieur da Silva Araujo rapporte encore l'observation d'un cas où on ne pouvait pas employer la bande élastique. Il s'agissait d'une femme obèse, de 49 ans, dans de très mauvaises conditions et atteinte depuis 8 ans, à la suite d'accès de lymphangite : sa jambe gauche commençait à être atteinte d'éléphancie qui a pris des proportions extraordinaires dans le délai de 7 mois. Chez cette malade il a employé les courants faradiques sous la forme de bains quotidiens dans un appareil de son invention, une séance hebdomadaire d'électrolyse et simultanément, l'ichthyol.

III.

Ce dernier médicament l'auteur le considère comme un excellent moyen adjuvant, administré intus et extra, parallèlement au massage, compression méthodique, etc. Aussitôt que l'ichthyol a été employé en Allemagne contre l'érysipèle, l'auteur l'essaya contre les lymphangites récidivantes qui finissent si fréquemment par produire l'éléphancie. Il est bien rare, en effet, que la personne atteinte de cette maladie n'ait pas eu antérieurement quelques lymphangites, soit sous la forme aiguë, avec l'élévation de la température générale, soit sous la forme subaigue, formant ce qu'on appèle érysipèle blanc. Dans le premier cas, les lymphangites sont



réticulaires, superficielles et rappellent quelquefois jusqu'à se tromper le véritable érysipèle; dans le second cas, elles sont profondes, tronculaires et constituent de véritables angioleucites.

Les résultats heureux qu'il a obtenu dans le traitement des lymphangites ont été communiqués par l'auteur lui-même au Premier Congrès Brésilien de Médecine et de Chirurgie tenu à Rio de Janeiro en 1888 et plus tard à l'Académie Nationale de Médecine de cette ville. L'auteur donne le résumé de son discours prononcé dans la séance du 17 octobre 1889. Il cite les recherches faites au Laboratoire de bactériologie de la clinique de M. Besnier par son interne Sabouraud, ayant déjà avant paru d'autres travaux à ce sujet, dus à MM. le professeur Verneuil, Clado etc. Dans son travail M. Sabouraud s'occupe uniquement de la lymphangite récidivante semblable à l'éléphantiasis des Arabes ou plutôt à l'éléphantiasis qu'il appelle nostras, ne voulant parler que de ce qu'il a observé. Cependant les descriptions qu'il nous offre et celles de tous les observateurs européens font croire à l'auteur que l'éléphantiasis intertropicale est identique à celle de l'Europe; que la première est plus fréquente que l'autre! et que leur cause prochaine, comme il a dit dans son Atlas, est l'œdème lymphatique, quelle qu'en soit l'origine : accès répétés de lymphangite, obstruction des lymphatiques par les streptococci, extravasement de la lymphe, etc.; obstruction d'un gros tronc lymphatique par la Filaria Wuchereri adulte ou autre parasite habitant le système lymphatique; tumeurs abdominales, cicatrices vicieuses, etc. qui gênent la circulation de la lymphe dans les réseaux initials ou dans les troncs les plus proches.

L'éléphancie ayant pour cause prochaine un œdème lymphatique et pour causes éloignées tout ce qui peut produire cet œdème, il s'ensuit que c'est une maladie pandémique qui se développe partout, mais qui affecte la forme endémique dans les zones intertropicales où quelques-unes de ces causes, parasitaires ou non, sont plus fréquentes.

L'auteur insiste encore sur les résultats qu'il obtient avec l'ichthyol; sur son effet comme prophylactique de la lymphangite intertropicale qu'il trouve considérable. L'auteur en possède un très grand nombre de cas où les malades atteints auparavant de lymphangites fréquentes en sont complètement guéris. Comme action immédiate, l'ichthyol paralyse l'éléphancie et si elle est récente il la fait disparaître, en certains cas. L'auteur emploie l'ichthyol intus à la dose de un à deux grammes par jour (par fractions)

sous la forme de pilules, faites uniquement d'ichthyol avec de la poudre de cannelle; de capsules ou de sirop; extra, à la dose de 10 à 50% d'ichthyol, en pommade, ayant pour excipient un mélange en parties égales de lanoline et de vaseline ou bien une pâte, faite de lanoline, de vaseline, d'oxyde de zinc et d'amidon par parties égales; ou, enfin, en solution dans un mélange par parties égales d'éther sulfurique et d'alcool.

L'auteur, en terminant son mémoire, espère avoir fortifié par de nouvelles preuves la vérité de sa méthode et détruit l'objection ordinaire qu'on en fait, enfin, il désire surtout avoir porté la conviction à l'éminent Président du Congrès et pouvoir compter à l'avenir sur son approbation si importante et si recherchée.

---

## Du traitement du lupus par les solutions fortes de sublimé.

Par le Dr. P. Aubert.

La tendance et le but des efforts de tous les dermatologistes actuels dans le traitement du lupus est de chercher à le guérir en évitant autant que possible la destruction des tissus. Pour ma part après avoir employé beaucoup, peut être trop le fer rouge, que je considère encore comme un très bon moyen pour les plaques peu étendues des membres ou il peut donner en une seule séance des cicatrices souples et lisses, je crois qu'il faut en rejeter l'emploi, comme celui de tout autre caustique actif dans le traitement du lupus de la face.

Voici la méthode que j'emploie d'une façon générale depuis plus d'un an, et qui sans donner des merveilles, il ne faut en attendre de rien dans le traitement du lupus, m'a donné des résultats supérieurs à ceux des diverses méthodes que j'ai employées ou vu employer.

Cette méthode consiste après avoir pratiqué l'anesthésie générale à appliquer sur les surfaces préalablement scarifiées selon la méthode de Vidal des tampons de coton hydrophile imbibés d'une solution aqueuse de bichlorure de mercure a un pour cent on recouvre ensuite le coton d'un tissu imperméable pour éviter l'évaporation et on fixe le tout avec des bandes souples. La solution de sublimé à cette dose et dans ces conditions ne provoque pas le destruction du tissu, imbibe profondément les régions atteintes, y provoque une effervescence inflammatoire du gonflement et un exsudat qui rappelle celle d'un vésicatoire. Ces tampons s'appliquent

très bien sur les muqueuses, dans les orifices du nez par exemple, et avec quelques précautions à la face interne des lèvres et sur les gencives.

On recommence ces applications autant de fois qu'il est utile car en dehors des cautérisations profondes et destructions je ne connais pas de moyen qui à la face permette de guérir le lupus en une séance, et même le fer rouge ou tout autre caustique même au prix de destructions étendues ne met pas à l'abri de toute intervention ultérieure.

Les applications de solutions fortes de sublimé sur les tissus préalablement scarifiés n'entrainent pas de destruction de tissu, amènent dès la première séance une notable amélioration et enrayent l'évolution du mal; elles mettent la scarification à l'abri du seul reproche que j'ai formulé le premier contre elle de pouvoir produire une infection générale en mettant les bacilles en circulation. Leur inconvénient est d'être assez douloureuses pendant les cinq à six heures qui suivent l'application. Je n'ai jamais eu d'intoxication mercurielle quoique j'ai agi à la face sur de très larges surfaces.

L'anesthésie générale permet précisement d'agir en une séance sur des surfaces aussi étendues que l'on veut; si on ne l'emploie pas on ne peut agir que sur des surfaces rélativement petites et la durée totale du traitement est prolongée.

Si l'on agit au voisinage des yeux il faut préserver ceux-ci de toute infiltration possible du liquide en imbibant peu les tampons pour éviter tout écoulement de liquide et en protégeant l'occlusion des paupières avec du coton sec bien fixé.

---

## On the internal treatment of lupus erythematosus with phosphorus.

Von L. Duncan Bulkley, A. M., M. D.

Lupus erythematosus is recognized as one of the most rebellious of the diseases of the skin, and any substantial addition to its therapeutics must be welcome to others, as it has been to the writer.

Having employed the treatment about to be recommended for about ten years, and in perhaps fifty cases, I take pleasure in presenting the same to the Second International Dermatological Congress, trusting that its members will make trial of the treatment, and report at the next Congress, feeling confident that, if rightly used, they will find the same excellent results which I have obtained in a considerable proportion of cases.

Before detailing the method of treatment I will very briefly present a table of the cases which have come under my observation, in private practice and in the Clinics of the New York Hospital and the New York Skin and Cancer Hospital, and the Clinic of the Post Graduate Medical School: the records of cases treated in earlier clinics are not now readily accessible, but would considerably increase the number of cases.

The number of cases here collected amounts to 97, seen in a total of 20.798 cases of miscellaneous diseases of the skin; in the same number of general cases were seen 73 cases of lupus vulgaris, showing that in New York the affection under consideration is more common than true lupus, with which it is associated in name without, in my judgment, having any other relationship. It has never occurred to me to see the two associated in the same individual, or to see the one transformed into the other: in specimens of lupus erythematosus which I have had examined by competent authority, the bacillus of lupus has never been found. In one very severe case of lupus erythematosus, which has been under my observation and care for many years, injections of tuberculin were tried faithfully for a long period, in the hands of a colleague, not only with no benefit but with ultimate injury.

The following table presents the ages and sex of the cases referred to:

Table I. Lupus erythematosus.

| Ages of patients | Private Practice 7.573 Cases | | | Public Practice 13.225 Cases | | | Grand Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Male | Female | Total | Male | Female | Total | |
| 1—10 years | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10—20 » | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 6 | 9 |
| 20—30 » | 4 | 11 | 15 | 3 | 18 | 21 | 36 |
| 30—40 » | 3 | 7 | 10 | 6 | 4 | 10 | 20 |
| 40—50 » | 3 | 7 | 10 | 2 | 7 | 9 | 19 |
| 50—60 » | 0 | 7 | 7 | 2 | 1 | 3 | 10 |
| above 60 » | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 |
| Totals . . . . . | 11 | 35 | 46 | 16 | 35 | 51 | 97 |

It is here seen that lupus erythematosus is more than twice as common among females as among males, that it did not occur once under the age of ten years, and that over one third of the cases were observed between the ages of twenty and thirty years.

It may be interesting to present in connection with this the data relating to the cases of lupus vulgaris which occurred in the same number of miscellaneous skin cases, which are exhibited in the following table:

Table II. Lupus vulgaris.

| Ages of patients | Private Practice 7.573 Cases | | | Public Practice 13.225 Cases | | | Grand Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Male | Female | Total | Male | Female | Total | |
| 1—10 years | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 10—20 » | 3 | 2 | 5 | 2 | 8 | 10 | 15 |
| 20—30 » | 2 | 4 | 6 | 3 | 9 | 12 | 18 |
| 30—40 » | 3 | 4 | 7 | 3 | 3 | 6 | 13 |
| 40—50 » | 1 | 7 | 8 | 1 | 3 | 4 | 12 |
| 50—60 » | 2 | 2 | 4 | 0 | 4 | 4 | 8 |
| above 60 » | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| Totals . . . . . | 12 | 22 | 34 | 11 | 28 | 39 | 73 |

It is unnecessary to enter here at all into the subject of the nature of lupus erythematosus, of which we know so little, or to attempt any consideration of its clinical features which have been so well presented by many others, as well as its microscopic anatomy. The cases here analyzed represented various phases and degrees of the eruption, from a relatively small patch of recent origin, to a very extensive and severe eruption of many years duration. It has never, however, follen to my lot to see any of the cases of very acute, rapidly developing, multiple, discoid erythematous lupus, terminating fatally, as has been described, especially by Kaposi. One of the most acute and severe cases which I have ever seen, has been recently under my care, in a man aged 43, in whom within six months a large share of the face was covered with patches of the eruption, developing from small points: this case yielded at once to the treatment to be described, with no local remedies, so that within two months there were hardly

any traces of the eruption. In another very acute case in a girl aged 20, almost the entire face was covered in a very short time, and in this case also the disease was controlled almost at once in the same manner, and in two or three months all the active process had ceased, leaving only depressed and slightly reddened scars: the girl has remained as a servant in the Skin and Cancer Hospital and continues quite free from the eruption, now for nearly two years, though much marked by the former lesions.

In a number of chronic cases, where the eruption had existed for a long period, even some years, the improvement was almost as rapid under the free use of the phosphorus; so that in the light of other experience, and in the sudden checking of the eruption, and its rapid subsidence in these acute cases, and the increase of the eruption once or twice when the remedy was stopped, I am quite satisfied that the results were obtained from the treatment, and had not to do with the spontaneous improvement which we sometimes see occurring in the disease.

The longest period during which I have watched a case is in that of a young woman, now under treatment, at the age of 25 years. She first came under my care some thirteen years ago, when about twelve years of age; the eruption had then been of about two years duration, and affected the nose, ears, and fingers. The disease continued and increased under various forms of treatment, until the phosphorus was used, about ten years ago, when it yielded, and within some months there were only scars left. She then ceased treatment for a while, and there was some relapse, which again disappeared under the same treatment. She then remained well for a number of years, until after being married at nineteen years of age, the eruption reappeared after the birth of her first child, within a year after marriage. She then fell into other hands and received a variety of treatment, with a constant increase of the eruption, up to the time when she again came under my care some months since; this was the patient already referred to as having received the treatment with tuberculin.

When I again took charge of her there was a very large amount of eruption on the face, ears, and scalp, with many scars left by former lesions and the severe local measures which had been adopted. There were both chronic patches and those of more acute, somewhat inflammatory character, attended with considerable heat and burning. During the past few months she has been under full doses of the phosphorus, with again happy results. There has



been almost immediate cessation of all acute symptoms, and many of the lesions have almost disappeared, there having been no local applications made; many of the older lesions have also shrunken and some have completely cicatrized. I have repeatedly shown and lectured upon this patient, and the marked and steady improvement has been strongly commented upon by the physicians attending the Post-Graduate Medical School.

It is not wise to attempt to present data in regard to the cure of such an eruption by any special line of treatment; we all know how unreliable such statements may be in a special and consultation practice, and I will not attempt it on the present occasion. I may state, however, that in a very considerable number of cases I have seen the lesions of lupus erythematosus subside and entirely disappear under the treatment proposed, and in a number of instances I have had the patients under observation, in one way or another, for a good lenght of time after treatment.

In reference now, to the particular plan of treatment recommended, I wish first to state that I do not by any means claim priority in the use of phosphorus in lupus erythematosus, for I believe it has been mentioned in some of the older books, and I do not know where I first found the suggestion which led to its employment. But I have searched in vain in the more recent books for any mention of its use, nor can I recall any suggestions of the same in journal literature, except such as I have myself occasionally thrown out from time to time; these latter, however, do not appear to have attracted any attention, as the matter has hitherto only been mentioned casually, in connection with other subjects. In the light of my experience, therefore, I wish to bring forward this remedy as a most valuable addition to our internal treatment of this disease, which is certainly far from satisfactory, as may be judged from the meagre present of the subject in our recent text books.

Some considerable care is necessary in employing phosphorus internally, but if it is properly administered, and due precautions are exercised, I believe it perfectly safe, and some of my patients have taken it continuously for months, not only without harm, but in some instances with very decided improvement to their general health.

While it is the phosphorus that is of service in the disease under consideration, there is great difference both as to its immediate and later effects as to the form and method in which

it is administered. In my earlier trials with the remedy I gave it, as is often recommended in oily solutions and in the form of pills; but with these I had, on several occasions, such severe digestive and liver disturbances, occasionally with violent jaundice, that I was led to adopt wholly the form of administration about to be recommended, and to exercise other precautions, so that now, for a number of years past I have had no single instance of disturbance from the remedy which could cause uneasiness.

The form in which I now administer the phosphorus is in a solution, which was first suggested, I believe by Dr Ashburton Thompson, primarily for employment in nervous conditions. I give here the formula which I have long used, and which is known in my Clinics as »Thompson's solution of phosphorus«.

R. Phosphorus gr. VI
Absolute alcohol ʒ XXX

M. To be dissolved with the aid of heat and agitation, and then mixed, while still warm, with the following mixture, also warmed

Glycerini ℥IXss
Alcohol ℥Iss
Essence peppermint ʒss

M. Each drachm contains $^{1}/_{20}$ grain of phosphorus.

In most cases I begin with fifteen drops, in water, three times daily, after meals. It is well to have the water added quickly after the liquid has been dropped out in an empty glass, and the dose should be taken at once, as I believe the presence of water changes somewhat the state of the free phosphorus; if exposed to the air phosphorus oxidizes and the less efficient phosphoric acid is formed.

Commonly the dose may be increased by one or two drops daily, until thirty are taken three times daily: the dose is then increased more slowly, by one drop every other day, until forty or forty-five are taken each time, and in rare cases, if it agrees, even a larger amount may be given; but seldom have I given as much as sixty drops to a dose. As the disease yields the dosage is still continued, if well borne, even until the lesions have quite disappeared and superficial cicatrization has taken place.

It is well to watch patients very carefully while taking this remedy, noting the condition of the tongue and of the digestion and with the least disturbance the drops should be stopped for

the time, and proper measures instituted to restore the deranged functions. If there is any constipation or signs of liver disturbance I always give a mild dose of blue-mass, colocynth, and ipecac, repeated on the second night; if then the bowel discharge has been free, and the tongue is not coated, the drops may be resumed, at a smaller dose than when stopped, and the amount again increased, yet more slowly and cautiously.

In many instances the greatest benefit will result from the administration of full doses of nitric acid, after each meal, well diluted of course, in the interval of cessation of the drops, say for a week, when they may be returned to as before. This course of nitric acid may be repeated from time to time with advantage.

When there is much heat and flushing in the eruption it will often be better to give, in the place of the nitric acid, the acetate of potassa, in doses of fifteen grains, with the fluid extract of rumex and nux vomica, well dilated, half an hour before meals, as in acne rosacea. This I have sometimes seen to have a most beneficial effect upon the eruption, and when the phosphorus has seemed to have lost its effect upon the lesions, I have observed it to take hold of them strongly after a course of a week or so of the acetate and rumex mixture.

In many instances, however, there has been little or no difficulty in taking the phosphorus, when the dose was not pushed too actively, and some patients have required little or no assistance from the measures mentioned. But I must insist that the remedy here advocated is to be given most carefully, and claim that when rightly administered it is harmless.

Knowing so little as we do in regard to the real nature and causation of lupus erythematosus I cannot attempt any definite explanation of the mode of action of the remedy in the disease. But in my judgment, arguing from the effects of phosphorus in certain nervous conditions, I think we must look for its action through the agency of the nervous system. There are many elements, which I cannot consider now, which point to a probability that the eruption is of angio-neurotic origin, and these are confirmed, in a measure, by the results obtained from phosphorus in the method above described.

I have not attempted any consideration of the local treatment of lupus erythematosus, as I wished to present only the single point which I have emphasized in this paper; in many of my cases I have found decided results from the methods com-

monly described. But their frequent failure to check the spread of the disease has led me to persist in the use of the internal remedy here advocated which will, I trust, meet with favor also in the hands of my confrères.

---

## Beitrag zur pathologischen Anatomie der chronischen Urethritis posterior und der chronischen Prostatitis blenorrhagica.

Von Docent Dr. E. Finger (Wien).

Meine Herren! Wenn ich heute darangehe, Ihnen über meine anatomischen Untersuchungen der Urethritis posterior und chronischen Prostatitis Mittheilung zu machen, so beabsichtige ich an diesem Orte nur einige besonders interessante Punkte hervorzuzuheben, indem ich die Details ausführlicher Publication überlasse. Diese Untersuchungen, im Institute Professor Weichselbaum's ausgeführt, sind der zweite Theil zu den Ihnen bereits bekannten, im Archiv für Dermatologie niedergelegten Untersuchungen über pathologische Anatomie der chronischen Urethritis anterior. Sie entstammen demselben Materiale. Unter 120 damals vorgenommenen Sectionen ergaben 31 Fälle Erscheinungen chronischer Urethritis. Davon 24 Fälle Urethritis anterior, 12 Fälle Urethritis posterior. Von diesen 12 Fällen handelte es sich sechsmal um Localisationen sowohl in der Pars anterior als posterior, sechsmal um reine Urethritis posterior.

Makroskopisch charakterisirte sich die Localisation in der Pars posterior theils durch papillare Auflockerung der Schleimhaut der Urethra, theils durch Trübung und Verdickung des Epithels. Das Caput gallinaginis fiel in der Regel durch seine Vergrösserung auf. Dieselbe war in der Mehrzahl der Fälle eine gleichmässige, nur in einem Falle ungleichmässig, so dass das Caput gallinaginis aus mehreren kleineren Höckerchen bestand. In ihren Consequenzen interessant waren die Narben und Schwielenbildungen am Caput gallinaginis, auf die ich gleich zu sprechen komme.

Besondere Aufmerksamkeit wandte ich stets dem ausgedrückten Prostatasecrete zu.

In sechs Fällen erschien dasselbe normal. In 6 Fällen fiel es durch seine dickere Consistenz und seine satte milchweisse Farbe auf. Mikroskopische Untersuchung ergab in drei dieser Fälle auffallenden Reichthum des Prostatasecretes an Epithelzellen, in den

drei weiteren Fällen waren neben Epithelzellen auch zahlreiche polynucleare Leucocyten im Secrete nachweisbar.

Die histiologischen Veränderungen der Urethra waren denen in der Pars anterior analog. Auch in der Pars posterior handelte es sich um einen Process, der sich hauptsächlich in den oberen Schichten des subepithelialen Bindegewebes abspielt, als chronischer Entzündungsprocess charakterisirt und zwei Stadien durchläuft, ein erstes Stadium der Infiltration und der Bindegewebsproliferation, ein zweites Stadium der Neubildung von Bindegewebe und dessen Schrumpfung. Das kleinzellige Infiltrat des ersten Stadiums ist meist locker. Nur in einem Falle war es so bedeutend und so dicht, dass es in den obersten Lagen desselben zur Bildung miliarer Herde von Nekrose kam. Als ein Uebergangsglied zwischen beiden Stadien war in drei Fällen das Auswachsen des infiltrirten Bindegewebes zu kleinen konischen oder kolbigen papillaren Excrescenzen nachzuweisen, an deren Bildung neben dem Bindegewebe auch zahlreiche, sehr weite Blutgefässe sich betheiligten. Die Schwielenbildung war stets nur oberflächlich, führte nie zu sichtbarer Schrumpfung.

Die Veränderungen des Epithels waren im ersten Stadium Proliferation, Desquamation des Cylinderepithels, im zweiten Stadium Uebergehen des Cylinder- in Plattenepithel.

Die Drüsen nehmen im ersten Stadium in Form desquamativen oder desquamativ-eitrigen Katarrhes an der Entzündung theil, werden durch die im zweiten Stadium sich bildende Schwiele comprimirt und zerstört.

Besonderes Interesse und eingehendere Betrachtung verdienen die Veränderungen des Caput gallinaginis, der Ductus ejaculatorii, der Drüsen der Prostata.

Auch am Caput gallinaginis verläuft der Process der Hauptsache nach als chronische Entzündung der oberen Schichten des subepithelialen Bindegewebes mit den bekannten zwei Stadien der kleinzelligen Infiltration und der Schwielenbildung. Ist die kleinzellige Infiltration sehr bedeutend, dann kann es auch am Caput gallinaginis zu inselförmiger Nekrose der obersten Schichten des Infiltrates kommen. Vergrösserung des Caput gallinaginis ist die natürliche Folge dieser Infiltration. Diese Vergrösserung ist meist gleichmässig. Nur in einem Falle waren circumscripte Herde acut entzündlicher Infiltration Ursache einer mehrhöckerigen, maulbeerartigen Schwellung des Caput gallinaginis.

Katarrhalische Desquamation des Cylinderepithels, Umwandlung desselben in Plattenepithel sind die constanten Begleiterscheinungen beider Stadien.

Interessant sind insbesondere die Schwielenbildungen, die ich in vier Fällen beobachtete. Stets waren diese Schwielen partiell. Eine totale, das ganze Caput gallinaginis betreffende Schrumpfung oder Schwielenbildung fand ich nicht.

Die Form und Localisation dieser Schwielen war verschieden. Einmal handelte es sich um eine ganz oberflächliche, umschrieben rundliche Schwiele, die zu einer völligen Einsenkung der Kuppe des Caput gallinaginis geführt hatte.

Einmal handelte es sich um eine seitlich am Caput gallinaginis sitzende, tief in dessen Gewebe eindringende Schwiele mit Obliteration der Mündung des linken Ductus ejaculatorius.

Zweimal handelte es sich um oberflächliche schmale, schwielige Bänder, die quer über die höchste Wölbung des Caput gallinaginis hinzogen, durch ihre sattelförmige Depression das Caput gallinaginis in zwei Hügelchen theilten und beide Ductus ejuculatorii und den Utriculus an ihrer Mündung obliterirten.

Was die Entstehung dieser Schwielen betrifft, so dürfte sie eine verschiedene sein.

Die zweiterwähnte rundliche, tief in das Gewebe des Corpus cavernosum eindringende Schwiele, die mikroskopisch noch Reste von Drüsengewebe hielt, dürfte wohl am ehesten auf einen folliculären Abscess im acuten Stadium der Gonorrhöe zurückgeführt werden.

Die drei anderen wellen- oder bandförmigen oberflächlichen Schwielen dürften kaum auf die Schrumpfung des chronischen Infiltrates zurückzuführen sein, da dieses gleichmässig über das ganze subepitheliale Bindegewebe des Caput gallinaginis ausgegossene Infiltrat die localisirte Form der Schwiele nicht erklärt. Vielleicht aber ist die oberflächliche, inselförmige Nekrose der obersten Schichten des Subepithels im Stadium dichter, kleinzelliger Infiltration, deren wir bereits erwähnten, Ursache, respective Ausgangspunkt dieser localisirten Schwielen.

Der chronische Entzündungsprocess des subepithelialen Bindegewebes pflegt am Caput gallinaginis ebenso wie in der Urethra oberflächlich zu verlaufen. In die Tiefe dringt derselbe nur, wenn er entlang der Drüsen oder deren Ausführungsgängen in die Tiefe geleitet wird.

Von diesen Fortleitungen in die Tiefe interessirt uns insbesondere die längs der Ductus ejaculatorii und die sich auf diese Weise ergebenden Wandveränderungen derselben.

Die Ductus ejaculatorii können durch den Entzündungsprocess in zweierlei Weise beeinflusst werden.

Einmal ist es nur ihre Ausmündung, die sowohl durch das Infiltrat des ersten Stadiums, als durch Bildung schwieligen Bindegewebes im zweiten Stadium des Entzündungsprocesses im Subepithel des Caput gallinaginis eine Compression, eine Verengerung erfahren kann, wobei die Wand des Ductus ejaculatorius im Uebrigen unverändert ist.

Dann aber kann die Erkrankung des subepithelialen Bindegewebes sich längs der Ductus ejaculatorii in die Tiefe fortsetzen, es also zu einer directen Wanderkrankung der Ductus ejaculatorii kommen, die ich in sechs Fällen nachweisen konnte. Diese Wanderkrankung der Ductus ejaculatorii zeigt, wie der analoge Process im Subepithel zwei Stadien, ein Stadium dichter kleinzelliger Infiltration, die meist von oben nach unten zu an Dichte abnimmt, aber recht tief in die Prostata eindringt, und ein zweites, späteres Stadium der Schwielenbildung, wobei die Wand der Ductus ejaculatorii auch wieder bis in recht bedeutende Tiefe von derbem spindelzellenreichen Bindegewebe gebildet wird.

Zu diesen anatomischen Befunden kommt nun noch ein weiterer.

Die Ductus ejaculatorii sind keine glatten Canäle. Ihre Wand zeigt im Gegentheil eine grosse Zahl von Divertikeln, die oft fingerförmig getheilt, von einem analogen Epithel wie der Ductus ejaculatorius ausgekleidet, spitzwinkelig und in der Richtung des ejaculirten Sperma in den Ductus ejaculatorius einmünden, also mit ihrer Mündung nach der Mündung des Ductus ejaculatorius sehen.

In zwei Fällen nun fand ich diese Divertikel nicht nur im Bereiche des Caput gallinaginis, sondern auch bis tief im Gewebe der Prostata mit an Spermatozoën sehr reichem Sperma dicht erfüllt. Im Momente der Ejaculation kann Sperma in diese spitzwinkelig zur Stromrichtung verlaufenden Blindgänge nicht hineingelangen. Es muss durch eine rückläufige Bewegung, durch ein Regurgitiren, in die Divertikel hineingepresst werden. Dies kann aber wohl nur dann geschehen, wenn durch Verengerung der Mündung der Ductus ejaculatorii oder durch Rigidwerden der Wand derselben die Kraft, mit der das Sperma zur Ejaculation

gelangt, gebrochen oder abgeschwächt wird. In der That ergab in einem dieser Fälle der anatomische Befund Infiltration der Wand der Ductus ejaculatorii, im anderen Bildung schwieligen Bindegewebes in der Wand der Ductus ejaculatorii während deren Verlauf durch das Caput gallinaginis.

Ist bei einer Ejaculation (Coitus oder Pollution) Sperma durch rückläufige Bewegung in die Divertikel der Ductus ejaculatorii hineingelangt, so wird es bei einer oder einigen späteren Mictions- oder Defaecationsacten in grösserer oder geringerer Menge aus der Prostata abgedrückt werden können. Ein in seiner Wand rigiderer Ductus ejaculatorius wird einen unsicheren, viel schwächeren Abschluss der Samenbläschen geben, und so dienen die erwähnten Befunde zur Aufklärung der bei chronischer Urethritis posterior so häufigen Spermatorrhöe.

Neben diesen mehr activen Veränderungen sind nun noch einige passive Veränderungen zu erwähnen, die die Ductus ejaculatorii erfahren, wenn, wie eben erwähnt, ihre Mündung durch Schwielenbildung zur Obliteration gelangt. Stets scheint bedeutende Dilatation der ganzen Ductus ejaculatorii während ihres Verlaufes durch die Prostata die Folge zu sein. Das Lumen derselben wird grösser, die Divertikel verstreichen total oder zum grössten Theil. Daneben pflegt es dann zu einer auffälligen Erweiterung der Blutgefässe in der Wand der Ductus ejaculatorii zu kommen. Dieselben sind strotzend mit Blut gefüllt, ja es kommt zu subepithelialen Hämorrhagien, die das Epithel auf weite Strecken unterwühlen, das Blut findet selbst seinen Weg in das Lumen der Ductus ejaculatorii, deren Inhalt dann aus Epithelzellen, Detritus, Pigmentschollen und rothen Blutkörperchen gebildet wird.

In ähnlicher Weise wie um die Ductus ejaculatorii vermag das Infiltrat des subepithelialen Bindegewebes sich auch in der Wand der prostatischen Drüsen um diese herum in die Tiefe zu ziehen, periglanduläre Infiltrate zu erzeugen. Dies gilt vor Allem von den oberflächlichen Drüsen, also denen des Caput gallinaginis, weniger von den tief im Gewebe der Prostata selbst deponirten Drüsen. Auch hier finden wir die bekannten zwei Stadien der kleinzelligen Infiltration und der Schwielenbildung. Das Infiltrat localisirt sich mit Vorliebe in den Zotten, den bindegewebigen Scheidewänden der einzelnen Drüsentubuli. Diese Zotten werden verlängert, verbreitert, verwachsen mit einander, wodurch es zum Abschluss der Drüsentubuli kommt, die Drüsen dadurch ein acinöses Aussehen erhalten.

Häufiger als die periglandulären Veränderungen sind solche des Drüsenepithels, die also selbstständig, auch an Drüsen mit völlig normaler Wand, häufig vorkommen. Diese Veränderungen im Drüseninnern, am Drüsenepithel, constatirte ich in sechs Fällen, die sich in zwei Gruppen theilen lassen, eine Eintheilung, die schon die mikroskopische Untersuchung des Prostatasecretes in diesen Fällen, von der ich bereits sprach, ergab.

In der einen Gruppe von drei Fällen, in denen das Prostatasecret nur auffälligen Reichthum an Epithelzellen ergab, zeigte die mikroskopische Untersuchung der Gewebsschnitte eine dichte Erfüllung einer grossen Zahl von Drüsen und Drüsentubulis mit proliferirtem und desquamirtem Epithel, während andere Drüsen zwischen durch völlig normal erschienen.

In der anderen Gruppe von drei Fällen, in denen das Prostatasecret Eiterkörperchen hielt, zeigte die mikroskopische Untersuchung zahlreiche Drüsen, die neben Epithelzellen auch polynucleäre Leucocyten in grösserer oder geringerer Zahl, ja oft bis zu fast völliger Erfüllung des Lumens mit Eiterkörperchen enthielten.

Die Prostata, respective deren Drüsen vermögen also an dem blennorrhagischen Processe in zweierlei Weise theilzunehmen.

Einmal handelte es sich um periglanduläre Infiltration, die mit ihrem Uebergange in schwieliges Bindegewebe die Drüsen zerstört.

Dann aber kann es sich um rein endotheliale Veränderungen handeln, von denen wir wieder zwei Formen, einen desquamativen und einen desquamativ-eitrigen bis rein eitrigen Katarrh unterscheiden.

Ueber Verlauf und Ausgang dieser desquamativen und eitrigen Katarrhe bei intacter Wand geben meine Präparate keinen Aufschluss.

Es ist also in der Pars posterior das Caput gallinaginis Sitz der wichtigsten Veränderungen.

Diese bestehen: In Entzündung des subepithelialen Bindegewebes mit den zwei Stadien der Infiltration und Schwielenbildung mit consecutiver Verengerung oder Verschliessung der Drüsenausführungsgänge, vor Allem der Ductus ejaculatorii.

In Wanderkrankung der Ductus ejaculatorii, gleichfalls mit zwei Stadien, Infiltration mit Verengerung derselben, Bildung schwieligen Bindegewebes, wodurch die Ductus ejaculatorii in ihrer Wand starr, rigid werden.

Erkrankung der prostatischen Drüsen, einmal in Form periglandulärer Infiltration mit Ausgang in Schwielenbildung und Schrumpfung, dann aber endotheliale Veränderungen, als rein desquamativer oder desquamativ-eitriger Katarrh, die Ursache der Prostatorrhöe, dieses hervorstechenden Symptoms chronischer Urethritis posterior, werden.

---

## Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme.

Vom Docenten Dr. E. Finger (Wien).

Meine Herren! Wenn ich im Folgenden einen Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des multiformen Erythemes zu bringen beabsichtige, so handelt es sich mir um eine ganz bestimmte Gruppe des Erythema multiforme.

Es ist dies jene Gruppe symptomatischer Erytheme, die zu verschiedenen Entzündungs- und Eiterungsprocessen als Complication hinzutritt, auch manche acute Infectionskrankheiten complicirt. Solche Erytheme finden sich bei vereiternden Tonsillitiden und anderen Eiterungen, bei septischen und puerperalen Processen, bei Typhus, Diphtheritis, Cholera etc.

Mir selbst sind aus meiner Assistentenzeit zwei Fälle in Erinnerung. In dem einen handelte es sich um einen Mann, der an den Folgen schwerer Strictur, eitriger Cystitis mit beginnenden septicämischen Erscheinungen zur Aufnahme gelangte, in den letzten Tagen vor seinem Exitus ein ausgebreitetes Erythema annulare und figuratum darbot.

In dem zweiten Falle handelte es sich um ein Mädchen, mit einem Erythema annulare an Handrücken und Stirne, bei der die weitere Untersuchung eine vereiternde Initialsklerose im Rectum darbot.

Ein causaler Zusammenhang der Hautkrankheit mit der Grundkrankheit erscheint wahrscheinlich, und Polotebnoff und Brocq bezeichnen diese Erytheme direct als infectiöse.

Die Auffassung über die Genese dieser Erytheme ist bis nun eine doppelte.

Nachdem es sich bei der Grundkrankheit um septische, infectiöse Processe handelt, so ist einmal die Auffassung des Erythems als Intoxicationserscheinung, als Toxinvergiftung möglich. Dann

rangirt das Erythem in die Gruppe der toxischen Erytheme, der Erytheme ab ingestis und der Arzneierytheme, seine Auffassung als Angioneurose bleibt bestehen.

Anders ist es, wenn das Erythem ätiologisch mit dem Virus der Grundkrankeit selbst in Zusammenhang gebracht wird, wenn man z. B. für jene Erytheme, die Eiterungen und Entzündungen compliciren, an eine directe Einwanderung der Eitererreger, der pyogenen Organismen in die Haut denkt. Ein solches Erythem wäre dann kein angioneurotisches mehr, es würde sich als metastatische, bakteritische Dermatitis aus rein localer Ursache darstellen.

Beide Ansichten finden in der neueren Literatur ihre Vertreter. Bei der geringen Zahl einwandsfreier Untersuchungen ist der folgende Fall, den ich der Güte des Herrn Professor Weichselbaum verdanke, von Interesse.

Am 29. August 1887 wurde die 26jährige Magd M. F. in das Rudolfspital auf die Abtheilung des Primar Kiemann in soporösem Zustande, unter den Erscheinungen hohen Fiebers aufgenommen. Drei Tage vor dem am 11. September 1887 erfolgten Exitus letalis entwickelten sich, über Stamm und Extremitäten zerstreut, besonders an Hand- und Fussrücken, zahlreiche, fast linsengrosse, entzündlich geröthete Knötchen eines Erythema papulatum und waren Ursache der Diagnose Typhus exanthematicus.

Die am 12. September 1887 von Professor Weichselbaum vorgenommene Section ergab, dass es sich nicht um Typhus exanthematicus, sondern um einen ausgebreiteten diphtheritischen Process handelte.

Die Section ergab nämlich ausgebreitete diphtheritische Schleimhautentzündung, die am weichen Gaumen und Zungenrücken begann, den Pharynx einnahm und sich von hier durch den Oesophagus bis auf den Magen erstreckte. Pericarditis, beiderseitige Pleuritis, Lungeninfarcte, metastatische Herde in den Nieren und im Myokarde vervollständigten nebst den an der Leiche als blasse Knötchen sichtbaren Papeln des Erythemes den Obductiosbefund.

Aus den metastatischen Herden von Niere und Myokard wurden Reinculturen von Streptococcus pyogenes gezogen.

Die mikroskopische Untersuchung der Papeln des Erythemes, mit der Professor Weichselbaum mich betraute, ergab zunächst die wenig charakteristischen Befunde des Erythemes.

Oedem des Bindegewebes im Papillarkörper und in der Cutis. Dasselbe besonders im Pupillarkörper reich an Rundzellen. Die Capillaren besonders in den Papillen oft auffällig weit. In der

Wand derselben, sowie der Blutgefässe des Stratum reticulare, der Schweissdrüsen, des subcutanen Fettgewebes lockere Rundzelleninfiltration.

Dasjenige, was diesem farblosen Bilde ein typisches Gepräge gab, war der bakteriologische Befund.

Färbung der Schnitte nach Gramm, besonders aber Kühne's Krystallviolettmethode nach Vorfärbung mit Alauncarmin zeigte nämlich das Vorhandensein grosser Mengen von Coccen, die ausschliesslich in den Blutgefässen sitzen. Sie erfüllen die Capillarschlingen der Papillen oft so dicht, dass Betrachtung der Präparate mit schwacher Vergrösserung den Eindruck injicirter Capillaren macht. Sie sitzen in Klumpen meist wandständig in den grösseren Gefässen des Str. reticulare, den Capillaren der Schweissdrüsen, sind auch im Inhalt der grösseren Arterien und Venen des subepidermidalen und Fettgewebes nachweisbar.

Bei Betrachtung der Präparate mit Immersion erscheinen die Klumpen als dichtes Convolut eines in zierlichen langen Ketten angeordneten Coccus. Ebenso zeigen auch Gefässe, die für schwache Vergrösserung intact aussehen, lockere Gewirre zierlicher Ketten.

Bei dem Umstande, als es sich also um einen Kettencoccus, einen Streptococcus handelt, genaue Durchmusterung vieler Schnitte an zahlreichen Knötchen stets nur grosse Mengen desselben Coccus ergibt, in Erwägung, dass auch die Metastasen in Myokard und Nieren Streptococcen führten, bei deren Sitz ausschliesslich in Blutgefässen, stehe ich nicht an, die Streptococcen als ätiologisches Moment der Knötchen des Erythema papulatum anzusehen. Es stellt sich dann aber das Erythema papulatum unseres Falles nicht als Angioneurose, sondern als bakteritische Metastase dar, durch Verschleppung von Streptococcen in die Blutgefässe der Haut bedingt.

Weitere Untersuchungen müssen über die Häufigkeit dieser Genese des Erythemes Klarheit bringen. Erwähnen will ich nur noch, dass die Untersuchung zweier Fälle idiopathischen multiformen Erythems nur negatives Resultat ergab.

## Die neuesten Verbesserungen der electro-urethroskopischen Apparate und deren therapeutische Verwendung.

Von Dr. Arthur Kollmann, Polizeiarzt und Privatdocent in Leipzig.

Meine Herren! Seitdem ich im vorigen Sommer die Ehre hatte, den Theilnehmern des dermatologischen Congresses in Leipzig die neueren elektro-urethroskopischen Apparate am Lebenden demonstriren zu dürfen, haben sich dieselben bereits wieder in mehrfacher und nicht unwesentlicher Weise vervollkommnet. Zwar ist inzwischen schon im Archiv für Dermatologie die Oberländer'sche Veröffentlichung erschienen, die über viele derselben berichtet; über mehrere andere Dinge findet sich in ihr jedoch noch nichts erwähnt. Aus diesem Grunde und da es vor Allem bisher an Gelegenheit fehlte, die neuen Verbesserungen der Instrumente einem grösseren Kreise von Fachgenossen persönlich zu demonstriren, erscheint es mir vollkommen gerechtfertigt, wenn ich auch hier wieder in dieser Angelegenheit mir das Wort erbat.

Ich bemerke gleich im Voraus, dass ich mir durchaus nicht einbilde, dass sämmtliche der Instrumente, die ich Ihnen heute beschreiben und zeigen werde, schon an und für sich etwas Besonderes und Originelles darstellen, Sachen, an die vorher niemand gedacht hätte; durchaus nicht! Dinge, wie z. B. die einfache Sonde, die Injectionscanäle, der scharfe Löffel und die intra-urethrale Zange sind in meiner oder einer der meinen ähnlichen Form schon von manchem Urologen unter Benützung anderer Lichtquellen angewandt worden. Für die Elektroendoskopie waren die stärkeren von ihnen bisher aber noch nicht benützbar, einfach darum nicht, weil die enge Trichteröffnung des Urethroskops ihre Einführung erschwerte oder sogar vollständig verbot. Dieses wurde erst dadurch ermöglicht, dass wir das Elektroendoskop unter der technischen Beihilfe des Herrn Mechanikers C. S. Heynemann in Leipzig wesentlich umgestalteten, wobei vor Allem der vordere Trichter ganz in Wegfall kam. Eine weitere einfache Vorrichtung erlaubt es auch den Lichtträger in jedem beliebig weiten Tubus wandständig zuverlässig zu befestigen, so dass man nun nicht mehr, wie früher bei weiteren Tuben zweier Hände zur Untersuchung bedarf. Jetzt hat man die eine Hand frei und kann sie anderweitig, vor Allem zu operativen Eingriffen benützen. Dass bei der von Oberländer und mir angewandten, besonders hellen Beleuchtung des Harnröhreninnern aber auch schon die einfacheren der Instru-

mente eine erhöhte Bedeutung gewinnen, ist sicher, und darum habe ich auch ein Recht, ihrer hier zu gedenken. Jedenfalls gehören sie jetzt gerade so gut zu dem täglich von mir gebrauchten Instrumentarium, wie die übrigen Apparate. Ich lege einige dieser Endoskope und Tuben den Herren hier zur Ansicht vor. Eine der Tuben ist mit einem Knie-Obturator versehen, und zwar in einer Form, die ebenfalls von uns bisher noch nicht beschrieben wurde. Die Knie-Obturatoren verwenden wir bekanntlich zur Untersuchung der hinteren Harnröhre; sie lassen sich bequemer und für den Patienten schmerzloser einführen, als die Tuben, die nur mit einem gewöhnlichen geraden Obturator versehen sind. Die neue Verbesserung besteht darin, dass sich das Knie jetzt lösen lässt, ohne dass man auf die Harnröhrenwendung einen Druck auszuüben braucht.

Von den oben gedachten einfachen Instrumenten zeige ich Ihnen, meine Herren, hier zunächst eine Sonde, die in ihrem vorderen Ende spitzer wird, oder die dort ein kleines Köpfchen trägt. Ich benütze sie zunächst sehr viel zu diagnostischen Zwecken auf der Oberfläche der Schleimhaut, um Schleimhautfalten wegzudrücken oder mir den Ansatzpunkt von Papillomen zu Gesicht zu bringen. Ich verwende sie aber auch zum Sondiren von Morgagni-schen Taschen oder von solchen Littre'schen Drüsen, deren krankhaft veränderte Ausführungsgänge weit klaffen. Dieses Einführen von Sonden in Drüsengänge hat nicht nur diagnostische Bedeutung, sondern unzweifelhaft auch eine therapeutische. Es wird dadurch nicht nur die Entleerung der aus der Tiefe dringenden Secrete begünstigt, sondern auch auf die infiltrirte Wandung der Gänge ein Druck ausgeübt, der dort ganz ähnliche Wirkungen erzielt, wie die Dilatation im Harnrohre. Wenn man an das freie Ende Höllenstein oder Chromsäure u. s. w. anschmilzt, kann man den Kreis der therapeutischen Wirksamkeit der endoskopischen Sonde auch noch beträchtlich erweitern.

Die Injectionscanüle liess ich mir zunächst deswegen anfertigen, um auf ganz eng begrenzte Schleimhautbezirke unter Lichtbeleuchtung kleinste Mengen von medicamentösen Flüssigkeiten einwirken lassen zu können, sowie um damit Morgagni'sche Taschen und Littre'sche Drüsenausführungsgänge zu bespulen, und dazu wird sie auch in der Hauptsache von mir verwendet. Bei einer einigermassen geschickten Handhabung kann man damit die Flüssigkeit auch in die Drüsenkörper selbst hineintreiben; man sieht, wie sich die Schleimhaut in einem leichten Hügel empor-

wölbt. In Fällen leichterer Erkrankung der Drüsen wird schon durch diese Einspritzungen genützt werden können, ganz ähnlich wie bei den Erkrankungen der Bartholini'schen Drüsen des Weibes. Wo es sich um höhere Entzündungsgrade, hauptsächlich um grössere Infiltrate um die Drüsen handelt, muss man dann allerdings zu schneidenden Instrumenten greifen. Solche führe ich auch ohne jede weitere Vorrichtung gleich durch den gewöhnlichen Untersuchungstubus ein. Ich steche meist in den Drüsenausführungsgang und schiebe das Messerchen dann weiter vor. Hierdurch wird immer ein Theil der Drüse selbst mitgespalten. Die Blutung und die Reaction nach solchen Schnitten sind nur unbedeutend; man kann in einer Sitzung unbesorgt mehrere derartige Schnitte vornehmen. Wie bereits gesagt, soll man mit diesen Messern nur im Vorwärtsschieben schneiden, also von der Glans nach dem Bulbus zu. Zum Schnitt in entgegengesetzter Richtung sind dieselben nicht geeignet. Hierzu dient die Oberländer'sche Vorrichtung, die ich Ihnen später zeigen werde.

Vorher möchte ich, meine Herren, Ihnen aber noch einige andere Instrumente vorlegen, die ebenfalls durch die gewöhnlichen Untersuchungstuben hindurch Anwendung finden. Es ist dieses zunächst die bekannte Dittel'sche intra-urethrale, drehbare Zange, die nach meiner Angabe in ihrem Kaliber allenthalben verjüngt wurde und statt des beissenden Maules ein schneidendes erhalten hat. So kann man mit ihr nun unter gleichzeitiger Lichtbeleuchtung bequem an allen Stellen des Harnrohres nicht nur Fremdkörper, sondern auch Papillome u. s. w. entfernen.

Ferner zeige ich Ihnen hier eine von mir für die intra-urethrale Elektrolyse constatirte Nadel und Sonde. Sie findet nicht nur bei der Behandlung von erkrankten Drüsen Anwendung, sondern auch bei Infiltraten, deren Zusammenhang mit Drüsen nicht weiter constatirt werden kann. Als Stromquelle benütze ich eine mit elektrolytischer Schaltung versehene, aber sonst ganz gewöhnliche Stöhrer'sche constante Batterie. Ein jedes Element derselben repräsentirt normaler Weise den Werth von einem *M.A*; trotzdem ist die Controle mittelst eines guten Messapparates natürlich empfehlenswerth. Eine Stärke von etwa fünf *M.A* genügt zumeist, um bei einer Dauer von etwa drei Minuten eine genügende elektrolytische Wirkung hervorzubringen. Oberländer verwendet zur Elektrolyse ausserdem auch noch ein besonderes, sinnreich erdachtes Instrument. Es besteht bekanntlich darin, dass die elektrolytische Nadel mit dem Lichtträger zu einem Ganzen verbunden ist. Der therapeutische

Erfolg beider Methoden ist der gleiche. Ich muss übrigens hier ausdrücklich betonen, dass die von Oberländer empfohlene intraurethrale Elektrolyse in der Hauptsache nur bei solchen Fällen zur Anwendung kommen soll, wo es sich noch um chronische Gonorrhöe und nicht bereits um eigentliche Stricturen handelt. Die Newman'sche und Lang'sche Elektrolyse ist also eine Operation, die von der unsrigen durchaus verschieden ist.

Ich komme nun zur Galvanokaustik. Sie findet entschieden am seltensten Verwendung und fast nur bei oberflächlichen Processen. Krankhafte Drüsenmündungen, Papillome, nach Dehnungen zurückgebliebene grobe Faltenreste u. s. w. sind die hauptsächlichsten Veränderungen, bei denen sie Empfehlung verdient. Auch hier kann man sich wieder zweier Methoden bedienen. Die eine wurde von Oberländer angegeben. Sie besteht darin, dass man gleich mit dem Platinlicht selbst die Brennwirkung ausübt, indem man ein besonders langes Licht wählt und dieses vorn zu einer Spitze zusammendrückt, die das vordere Ende des Lichtträgers überragen muss. Man braucht dazu jedoch entweder einen kürzeren Tubus oder ein Endoskop mit besonders langem Lichtträger; denn in den gewöhnlichen Tuben darf selbst bei längerer Lichtspitze diese immer noch nicht über den Tubusrand hinausragen. Ich gebrauche für die Galvanokaustik besondere galvanokaustische Brenner, die mir bequemer sind, weil ich sie anzuwenden vermag, ohne dass ich zuvor erst am Endoskop etwas zu ändern nöthig habe. Dies ist jedoch Geschmacksache.

Bisher habe ich Ihnen, meine Herren, gezeigt, wie man schon ohne irgend welche Aenderungen an den gewöhnlichen elektrischen Untersuchungstuben unter Lichtbeleuchtung eine ganze Reihe von operativen Eingriffen in der Harnröhre vorzunehmen vermag. — Ich komme nun zu der von Oberländer angegebenen Intraurethrotomie unter Lichtbeleuchtung. Die dafür construirten Tuben sind andere als die gewöhnlichen. Sie haben in ihrem Innern eine längsgeschlitzte Röhre, durch die man verschiedene Messerchen einzuführen vermag. Sobald die Messerchen am unteren Ende eine Strecke weit herausgeschoben sind, werden sie festgeschraubt und dadurch mit dem Tubus zu einem festen Ganzen verbunden. Indem man nun mit der einen Hand den Penis straff zieht, um jede Faltung auszuglätten, kann man mit der anderen in jeder gewünschten Richtung die Schleimhaut einschneiden. Die Tiefe der Schnitte hängt davon ab, wie weit man das Messer nach vorne geschoben hat. Die Schnitte lassen sich am besten dann ausführen,

wenn man den Tubus in einem Winkel zur Längsachse der Harnröhre umlegt. Ich habe zu diesen Tuben auch einen kleinen scharfen Löffel construirt, der für gewisse Fälle gute Dienste leistet. Die Gewalt, die man mit der Oberländer'schen Vorrichtung ausüben kann, ist eine grosse, und darum sind die Tuben nicht nur zum Einschneiden von chronischen Infiltraten und Drüsen zu verwenden, sondern sie dienen auch zum eigentlichen intraurethralen Stricturschnitt. Bei sehr hartem Gewebe darf man sich allerdings nur nicht einfallen lassen, in der Richtung nach dem Bulbus schneiden zu wollen, sondern man muss stets von dem Bulbus nach der Glans zu schneiden. Dass diese Schnittmethode gegenüber von der Fessenden-Otis ihre Vorzüge hat, braucht wohl nicht erst besonders gesagt zu werden; was man unter Controle des Auges ausführen kann, ist jedenfalls immer das Empfehlenswerthere. Selbstverständlich hat diese Methode aber auch ihre Grenzen, und vor Allem ist sie natürlich nur dann anwendbar, wenn das Kaliber des Harnrohres so weit ist, dass derartige Tuben sich einführen lassen. Ist dies nicht der Fall, so schickt man eine andere Methode voraus.

Ein besonderer, ebenfalls von Oberländer angegebener neuer Apparat ist der dilatirende Tubus. Er hat vor anderen, dem gleichen Zwecke dienenden Tuben den Vorzug, dass er sehr derb gebaut ist und durch die gespannten Gewebe nicht zusammengedrückt werden kann; auch kann sich beim Zusammenschrauben die Schleimhaut nicht zwischen die Blätter einklemmen. Dies ist dadurch vermieden, dass die beiden Blätter nicht Segmente desselben Kreises sind, sondern Kreisen angehören, die verschiedene Durchmesser haben. Zu dem nothwendigsten Handwerkszeug des Urologen gehört dieser Tubus nicht; für die meisten Untersuchungen wird man sich der gewöhnlichen Tuben bedienen. In gewissen Fällen leistet der dilatirende Tubus aber entschieden grosse Dienste; das Gesichtsfeld, das man sich dadurch verschafft, ist ein enorm grosses, und selbstverständlich kann man durch diesen Tubus die schon früher beschriebenen therapeutischen Eingriffe noch leichter vornehmen, als durch die andern runden Tuben. Oberländer hat diesen dilatirenden Tubus auch noch mit einer Führungsschiene für Messer versehen, und so ist aus ihm nun auch noch ein dilatirender Intra-Urethrotomietubus geworden.

Nach meinen bisherigen Mittheilungen möchte es scheinen, als ob wir neuerdings von unserem früheren hauptsächlichsten Heilmittel, der Dilatation, Abstand genommen hätten.

Dies ist jedoch durchaus nicht der Fall; im Gegentheil glauben wir wie zuvor, dass die richtig ausgeführte Dilatation eines der allerwichtigsten Mittel in der Behandlung der Harnröhrenerkrankungen hauptsächlich der chronischen Gonorrhöe darstellt. Mit ihr soll auch die Behandlung in der Regel zuerst beginnen. Zu den anderen bisher beschriebenen Methoden greift man erst dann, wenn die Dilatation die krankhaften Veränderungen nicht vollständig zu beseitigen vermag. In Fällen, wo es sich nicht um Gonorrhöe, sondern z. B. um papillomatöse Wucherungen handelt, nimmt man natürlich gleich im Anfang den örtlichen, genau bestimmbaren Eingriff unter Lichtbeleuchtung u. s. w. vor.

Auch bezüglich der dilatirenden Instrumente ist unsere Sache übrigens nicht stehen geblieben; es sind auch hier mehrere Verbesserungen zu verzeichnen. Die eine betrifft die Form der für die vordere Harnröhre construirten Dilatatoren. In gewissen Fällen, besonders bei enger Harnröhrenmündung und bei sehr kurzer Harnröhre, erwiesen sich die bisher gebräuchlichen als etwas zu lang. Herr Dr. Schallmayer in Düsseldorf, früher eine Zeit lang mein Assistent, liess sie kürzer bauen. Dies hatte technische Schwierigkeiten; die Instrumente halten nämlich bei kürzerem Bau den Druck der Gewebe nicht so gut aus und verbiegen sich leichter. Das kurze Instrument, das ich Ihnen hier vorlege, ist jedoch bei nicht zu derben Infiltraten sehr gut verwendbar. Ausser diesen wenden wir für die vordere Harnröhre noch das lange, parallel erweiternde und das schräg erweiternde an. Das letztere ist am resistentesten construirt. Aber auch die Instrumente, die für die hintere Harnröhre bestimmt sind, haben sich vermehrt. Oberländer hat solche bauen lassen, die die Form von Beniquésonden haben. Für ihre Anwendung gilt dasselbe Princip, wie für die von Oberländer empfohlene Harnröhrendilatation überhaupt. Zur brüsken Dehnung von callösen Strikturen — etwa solchen im prostatischen Theil — sollen sie nicht benützt werden, sondern lediglich in den seltener vorkommenden Fällen, wo es sich um chronische oder subchronische Schleimhauterkrankungen handelt, die ausschliesslich in der hinteren Harnröhre sitzen. Die anderen gebogenen Instrumente dehnen ausser den hinteren Partien auch immer noch einen grossen Theil der vorderen Harnröhre mit.

(Die in dem Vortrag beschriebenen elektro-endoskopischen und -therapeutischen Instrumente sind von Herrn Mechaniker C. G. Heynemann, Leipzig, Erdmannstrasse Nr. 3, gebaut und zu beziehen

## Cocaïn als Local-Anästheticum.

Von Moraga.

Nachdem ich das Cocaïn durch mehr als sechs Jahre meiner täglichen Praxis als Local-Anästheticum verwendet habe, halte ich es für meine Pflicht, Ihnen die Resultate meiner Beobachtungen mitzutheilen.

Zunächst erlaube ich mir, Einiges über dessen Präparirung zu erwähnen.

Als ich begann, subcutane Cocaïn-Injectionen anzuwenden, bemerkte ich, nicht ohne Ueberraschung, dass das mit destillirtem Wasser zubereitete Medicament — einerlei in welchem Verhältnisse der Solution, ob 1, 2, 3, 4 oder 5% — bei gleicher Dosis, theils an ein und demselben Individuum, theils an verschiedenen Personen, nicht immer gleiches Resultat ergab. Je längere Zeit ich die Solution hatte, desto schwächere Anästhesie brachte sie hervor. Eine Zeitlang schrieb ich dies der erworbenen individuellen Toleranz zu; mehrfache Versuche jedoch, während längerer Zeit an verschiedenen Individuen angewendet, und zwar derart, dass bei ein und derselben Person verschiedene Solutionen sowohl frische, als auch seit einiger Zeit präparirte zur Verwendung kamen, ergaben stets verschiedene Resultate. Dies lies mich endlich einsehen, dass die im destillirten Wasser bereitete Cocaïnlösung nach einigen Tagen (etwa 7, 8, 9—10 Tage) nicht mehr gut zu verwenden sei, und dass es daher rathsam wäre, dieselbe wenigstens nicht allzu häufig in Anwendung zu bringen.

Von diesem Umstande überzeugt, machte ich mich sofort daran, ein Mittel ausfindig zu machen, durch welches, ohne dem Cocaïn seine anästhesirende Eigenschaft zu benehmen, der oberwähnte Uebelstand vermieden werde. Dieses Mittel ist das Kirschlorbeerwasser (Laurocerasus). Und seit einigen Jahren, meine Herren, wende ich das Cocaïn nur in Kirschlorbeerwasserlösung an. Die Dosis ist dieselbe wie beim destillirten Wasser, d. i. 1, 2, 3, 4 bis 5%.

Physiologische Wirkung. Die Wirkung des Cocaïns als Local-Anästheticum ist Ihnen wohlbekannt, meine Herren. Es gibt jedoch gewisse Fragen, die sich auf die Intensität der Anästhesie auf die allgemeinen Effecte oder auf die Dauer dieser Effecte beziehen.

Intensität und Ausdehnung der Anästhesie. Die Anästhesie bleibt gewöhnlich auf den Ort beschränkt, woselbst die Injection gemacht wurde. Im Allgemeinen, wenn eine entsprechende Dosis angewendet wird, ist die Anästhesie eine complete — einzelne Fälle individueller Resistenz ausgenommen. Die Dauer der Anästhesie steht in directer Beziehung zur individuellen Empfänglichkeit und der angewendeten Dosis: es gibt Individuen, bei welchen man mit einer Solution von 2 Centigramm dasselbe Resultat erlangt wie unter anderen Umständen mit der doppelten und dreifachen Dosis. Die Anästhesie ist nicht nur in der Epidermis umschrieben, sondern auch im subcutanen Zellgewebe und zuweilen auch noch tiefer. Die Dauer der Anästhesie ist verschieden: durchschnittlich 5 bis 15 Minuten.

Individuelle Empfänglichkeit. Nicht alle Individuen vertragen eine gleiche Dosis Cocaïn in gleicher Weise. Es darf in der Praxis niemals ausser Acht gelassen werden, dass es Personen gibt, die ausserordentlich empfindlich diesem Medicament gegenüber sind, während andere demselben gegenüber fast als unempfänglich zu betrachten sind. In der Regel sind Frauenzimmer, Kinder, Personen von lymphatischem oder nervösem Temperament, solche, die vor kurzem eine schwere Krankheit durchgemacht haben, gegen dieses Medicament sehr empfänglich. Jedesmal also, wenn es sich um eine der hier angeführten Personen handelt, ist es absolut angezeigt, mit der Dosis von nur 2 Cgr. zu beginnen. Wenn nach einiger Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) sich keine hinreichende anästhesirende Wirkung zeigt und auch die allgemeinen Symptome ausbleiben, erst in diesem Falle sind wir berechtigt, eine weitere Injection von 2 Cgr. vorzunehmen.

Gibt es einen wirklichen Cocaïnismus? Relativ kann man antworten: Nein. Wenigstens ich habe niemals einen solchen wahrgenommen.

Bildet sich Toleranz nach längerem Gebrauch dieses Medicamentes? Auf diese Frage nun kann ich kategorisch antworten: Ja.

Beobachtung: N. N., 34 Jahre alt, Chilene, sanguinisches Temperament, leidet seit 5 Jahren an einem Lupus erythematosus, der einen grossen Theil des Gesichtes einnimmt. Da derselbe bereits in mehrfacher Weise behandelt worden war, so musste zur Methode der Scarification geschritten werden. Obwohl die krankhafte Fläche ziemlich ausgedehnt war, hielt ich es, in Anbetracht der guten Constitution des Individuums, für angezeigt, das Cocaïn als Local-Anästheticum in Anwendung zu bringen. Da

ich diese Operation zweimal pro Woche vorzunehmen hatte und dabei eine vollständige Gefühllosigkeit erzeugt werden musste, so fing ich mit Injectionenen zu 4 Cgr. an, welche in entsprechender Weise, d. i. auf mehrere Stellen der kranken Oberfläche, vertheilt wurden. Diese 4 Cgr. genügten mir für die ersten zwei Wochen. Als ich jedoch bemerkte, dass ich nicht mehr die gleiche Anästhesie erhielt, sah ich mich genöthigt, die Dosis auf 6 Cgr. zu erhöhen. Nach einem Monate, als ich dieselbe Toleranz bemerkt hatte, steigerte ich die Dosis auf 8 Cgr. So blieb es während des nächsten Monates. Schliesslich musste ich, bis zur gänzlichen Heilung, bis zu 10 Cgr. schreiten.

Ich könnte noch sehr viele derartige Beispiele anführen. Um jedoch diese Abhandlung nicht übermässig zu verlängern, will ich hier blos erklären, dass ich stets dieselbe Toleranz beobachtet habe, je nach dem Individuum mehr oder weniger prononcirt.

Wenn die verabreichte Dosis eine sehr hohe war, so erzeugt dieselbe nicht nur locale Anästhesie, sondern es machen sich auch die bekannten allgemeinen Effecte bemerkbar.

Dieser Zustand dauert indess nur 2, 3, 5 oder 6 Minuten (wenigstens bei den von mir beobachteten vier Fällen dauerte der Anfall niemals länger).

Es ist viel über die Nachwirkung gesprochen worden, welches das Cocaïn bei denjenigen Personen hervorbringt, bei denen es durch längere Zeit angewendet wird, durch Accumulation oder auf andere Weise. Ich gestehe offen, dass ich in meiner Praxis eine solche Wirkung niemals beobachtet habe.

Soll das Cocaïn in der Praxis verwendet werden? Es genügt, das Vorhergehende zu lesen, um vollständig überzeugt zu sein, dass dessen Anwendung absolut nothwendig ist. Bei Beobachtung gewisser hier besprochener Regeln und Einhaltung einer gewissen Methode erlangt man stets, wie hier dargestellt, befriedigende Resultate. Chloral, Nux vomica, Morphin und viele andere Medicamente, die in hohem Grade gefährlich sind, werden täglich angewendet, indem man nur dabei gewisse Regeln bezüglich der Dosis, des Temperaments etc. beobachtet. Ist dies nun nicht der gleiche Fall bei Cocaïnbehandlung? Hat dieses nicht ebenso nützliche und wohlthätige Wirkungen wie die vorgehend genannten Stoffe? Gewiss doch. Warum also sollten wir dasselbe nicht anwenden?

Conclusionen.

1. Die Solution von Cocaïn in destillirtem Wasser verliert nach einiger Zeit einen grossen Theil ihrer Wirkung.

2. Es soll in allen Fällen, statt destillirtem Wasser, Kirschlorbeerwasser zur Anwendung kommen.

3. Cocaïn ist ein vorzügliches Local-Anästheticum.

4. Die Intensität und Extension der Anästhesie variirt, je nach der angewendeten Dosis: bei manchen Fällen sind dieselben complet, bei anderen incomplet.

5. Die Wirkung des Cocaïns hängt auch von der individuellen Empfänglichkeit ab; kleine Dosen erzeugen zuweilen sehr heftige Effecte, und viceversa.

6. Im Allgemeinen bildet sich nach einiger Zeit eine gewisse Toleranz; jedoch stets nach und nach und ohne dass ein wirklicher Cocaïnismus erzeugt wird.

7. Man soll niemals mit mehr als 2—4 Cgr. beginnen, und nie die 10 Cgr. überschreiten.

8. Im Allgemeinen sind lymphatische und nervöse Temperamente, Weiber, Kinder und, aus welchem Grunde immer, geschwächte Personen überhaupt gegen dieses Medicament am meisten empfindlich.

9. Nur 10 Cgr. überschreitende Dosen können die allgemeinen Effecte, wie Kühlwerden der Extremitäten, respiratorische Beklemmung, Palpitationen etc. hervorbringen.

10. Das Cocaïn hat keine nachträgliche Folgewirkung; wenn man zuweilen dessen Gebrauch einstellen muss, so ist es blos in Folge der immediaten Wirkung.

11. Ich bin der Ansicht, dass die Anwendung dieses Mittels in der Praxis, für jeden Arzt, der dessen Wirkung kennt, obligatorisch ist.

12. Dessen Anwendung, insolange die bezeichneten Dosen nicht überschritten werden, ist mit keiner Gefahr verbunden.

## Zur Lepra-Frage in Europa.

Von Dr. O. Petersen (St. Petersburg).

Meine Herren! Vor Allem möchte ich unserem Herrn Präsidenten des Organisationscomités, Professor Kaposi, meinen besonderen Dank dafür aussprechen, dass er ein so zeitgemässes



Thema, wie die Frage von der »Lepra in Europa«, zur allgemeinen Discussion auf dem II. Internationalen Dermatologen-Congress vorgeschlagen.

Die grossen Fortschritte der medicinischen Wissenschaften in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts haben uns gelehrt, welche wichtige Rolle gerade die Prophylaxis der Infectionskrankheiten zu spielen berufen ist. Bei jeder Epidemie verlangen die ersten Fälle besondere Beachtung und genaues Studium. Ein Brand ist im Entstehen leicht zu löschen, steht erst das ganze Dach in Flammen, da sind alle Bemühungen oft zu spät.

Wenn wir diese Betrachtungen auf die Lepra-Frage übertragen, so müssen wir uns sagen, nach allen Berichten der letzten acht Jahre lässt sich die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass Europa über kurz oder lange wiederum vor einer Lepra-Epidemie stehen kann. Freilich sind uns noch die einzelnen Umstände, welche eine Ausbreitung dieser Seuche in grösserem Massstabe bewirken können, unbekannt, aber gerade deshalb ist es unsere Pflicht, ein wachsames Auge auf die vorhandenen Herde zu richten und stets darauf zu achten, ob eine wesentliche Zunahme der Krankenzahl zu bemerken ist oder nicht. Sobald aber auch nur eine geringe Zunahme constatirt ist, müssen energische Massregeln zur Vernichtung der Lepra ergriffen werden. Und welche Massregeln die geeignetsten sind, das festzustellen erscheint mir eine würdige Aufgabe unserer Versammlung, zu welcher die hervorragendsten Vertreter der Dermatologie aus den verschiedensten Gegenden herbeigekommen sind, um an der berühmten Quelle der Dermatologie der Gegenwart gemeinsam zum Wohle der Menschheit ihre Ansichten auszutauschen und zu klären.

Es ist heute nicht meine Aufgabe, die ganze Frage der Aetiologie der Lepra durchzusprechen, ich möchte nur noch einmal kurz meinen Standpunkt recapituliren, dem wohl die meisten gegenwärtigen Special-Collegen beistimmen.

1. Wir haben in allen Fällen von Lepra einen Bacillus finden können, der sich nur bei dieser Krankheit findet.

2. Sobald wir aber stets ein und dieselbe Bacillusart bei einem Leiden vorfinden, so weist dieses schon darauf hin, dass es sich um eine Infectionskrankheit handelt.

3. Diese Anschauung wird noch dadurch befestigt, dass das Product dieser Mikroorganismen, die Knoten, ein Granulom hervorrufen, wie wir es nur bei infectiösen Processen finden.

4. Alle anderen Theorien zur Erklärung der Entstehung der Lepra halten der Kritik nicht Stand.

Heredität als alleinige Ursache lässt sich leicht ausschliessen, wenn wir die Fälle in Betracht ziehen, wo Leute von 50—70 Jahren, wie ich das noch kürzlich constatiren konnte, erst seit ein bis zwei Jahren die ersten Erscheinungen der Krankheit aufweisen. Kann man da eine Incubation von 50—60 und mehr Jahren annehmen? Und geben doch selbst die Hauptbegründer der Hereditätslehre, Danielsen und Boeck, zu, dass die Lepra auch »spontanement« entstehen könne, unabhängig von der Heredität (Traité de la Spedalskled. Paris 1848, pag. 334), indem sie als innere Ursache eine specielle Dyskrasie des Blutes annehmen. Die Einflüsse des Bodens, der Nationalität, des Klima als Ursache fallen durch die zahlreichen Mittheilungen von Erkrankungen aus den verschiedensten Gegenden bei den verschiedensten Nationen. Die Nahrungstheorie (die Theorie culinaire, wie sie Leloir in seiner geistvollen Weise auf dem Congress in Berlin 1890 benannte) ist damals genügend besprochen, und bisher ist noch in keinem Nahrungsmittel, namentlich nicht in den Fischen der Bacillus leprae nachgewiesen worden.

Kurz schon per exclusionem wurden wir auf die Infectionstheorie hingewiesen. Und selbst wenn wir diese Entstehungsweise als nicht sicher nachgewiesen annähmen, so wäre es schon genügend, wenn man nur die Möglichkeit einer Infection zuliesse (und das kann doch wohl die geringe Anzahl der Gegner der Infectionstheorie uns zugestehen), ich sage also, wenn auch nur eine Spur von Möglichkeit einer Uebertragung von Mensch zu Mensch vorhanden ist, so genügt das schon, Massregeln zur Isolirung der Leprösen zu ergreifen. Nun, das schöne Beispiel von Norwegen hat uns die wichtige Thatsache gebracht, wie die Zahl der Leprösen sich verringert, selbst wenn auch nur ein grösserer Theil (nicht einmal alle) der Leprösen in Anstalten untergebracht werden und somit so und so viel Infectionskörper im Lande weniger circuliren.

Aber wenn man auch der ärgste Anticontagionist bezüglich der Lepra ist, so kann man man doch kein Gegner der Lepra-Asyle sein, einfach aus Humanitätsrücksichten, wenn man diese armen, verunstalteten, meist hilflosen Geschöpfe sieht, die, gewöhnlich von Allen gemieden und verstossen, ein elendes Leben dahinsiechen.

Doch kehren wir zu unserem Hauptthema, die Lepra in Europa zurück!

Da müssen wir dann kurz folgende Thatsachen constatiren:

I. Wie Jedem von uns bekannt, existirt in Europa eine Reihe von Lepraherden in den verschiedensten Ländern: Norwegen, Frankreich, Spanien, Italien, Griechenland, Türkei, Rumänien und Russland. Da liegt denn die Frage nahe, sind das nur alte Herde, Reste früherer Zeiten, die allmälig abnehmen oder findet ein Anwachsen der Zahl der Leprösen statt.

Eine Beantwortung dieser Frage kann ich nur bezüglich Russlands übernehmen, da uns für die anderen Länder das Material fehlt (vielleicht aber heute dargebracht wird).

Bezüglich Russlands muss ich nun leider constatiren, dass in der That die Zahl der Leprösen im Zunehmen begriffen ist, wie das ausser mir meine hochverdienten Landsleute und Freunde, Professor Münch und Dr. A. Bergmann, nachgewiesen haben. Doch auch die officiellen Berichte des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern bestätigen diese Thatsache, wie Sie aus beifolgender Tabelle ersehen.

Die Lepra im europäischen Russland. 1888 und 1889.

| Gouvernement | Zahl der Leprösen | | Zahl der inficirten Kreise im Gebiete | |
|---|---|---|---|---|
| | 1888 | 1889 | 1888 | 1889 |
| Astrachan | 73 | 74 | 4 | 2 |
| Wolhynien | 2 | — | 1 | — |
| Kiew | 3 | 8 | 2 | 3 |
| Kowno | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Kurland | 41 | 61 | 7 | 7 |
| Livland | 153 | 160 | 9 | 9 |
| Estland | 11 | 9 | 1 | 2 |
| Bessarabien | 116 | 2 | 3 | 1 |
| Woronesch | 4 | 19 | 1 | 2 |
| Wladimir | 1 | — | 1 | — |
| Jekaterinoslaw | 5 | 79 | 2 | ? |
| Wjätka | — | 6 | — | 3 |
| Kasan | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Kursk | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Moskau (Stadt) | 4 | 2 | — | — |
| Moskau | — | 3 | — | — |
| Nischni-Nowgorod | 2 | — | 2 | — |
| Orel | — | 4 | — | 3 |
| Shitomir | — | 1 | — | 1 |
| Podolien | — | 6 | — | 1 |
| Keletz | — | 1 | — | 1 |
| Suwalki | — | 1 | — | 1 |
| Perm | 5 | 3 | 1 | 2 |
| Pskow | 1 | — | 1 | — |
| Rjäsan | — | 5 | — | 1 |
| Samara | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Petersburg (Stadt) | 1 | 2 | — | — |

| Gouvernement | Zahl der Leprösen | | Zahl der inficirten Kreise im Gebiete | |
|---|---|---|---|---|
| | 1888 | 1889 | 1888 | 1889 |
| Petersburg | 4 | 12 | 2 | 2 |
| Saratow | 13 | 14 | 4 | 4 |
| Taurien | 1 | 4 | 1 | ? |
| Twer | 1 | 5 | 1 | ? |
| Ufa | — | 13 | — | 1 |
| Charkow | 5 | 5 | 2 | 1 |
| Tschernigow | — | 2 | — | 2 |
| Cherson | 1 | 3 | 1 | 2 |
| Don-Kosaken-Gebiet | 39 | 28 | 6 | 5 |
| Summa | 491 | 537 | 56 | 61 |

Hierbei muss aber gleich bemerkt werden, dass die Zahlen nur relativen Werth haben, da noch lange nicht alle Fälle zur Anzeige kommen. Trotzdem ersehen wir, dass die Zahl der Fälle zugenommen hat und alljährlich zunimmt. Ferner, und das scheint mir von Wichtigkeit, wurde die Lepra im europäischen Russland (die asiatischen Gebiete habe ich hier ausser Achtung gelassen) constatirt.

1888 in 26 Gouvernements (in 56 Kreisen)
1889 in 32 » » 61 »

Das dürfte doch mehr wie Zufall sein.

Für das Gouvernement St. Petersburg möchte ich noch hinzufügen, dass laut Privatnachrichten bekannt waren:

1884 . . . 4 Fälle
1889 . . . 10 »
1892 . . . 34 »

Anfangs natürlich nimmt die Zahl langsam zu, wenn aber die Summe der Einzelherde steigt, dann schneller, wie das Bergmann für Riga festgestellt.

Diese Thatsachen scheinen mir zu genügen, um eine Ausbreitung zu constatiren und in Folge dessen zur Ergreifung von Massregeln zu schreiten, die natürlich umso weniger Mittel erfordern, je früher man damit beginnt.

II. Die zweite in Betracht zu ziehende Thatsache ist, dass jährlich in verschiedene leprafreie Gegenden vereinzelte Fälle eingeschleppt werden, wie das ja auch für Oesterreich und Deutschland, Frankreich, England etc. bekannt ist. Namentlich kommen sie aus Brasilien, Tonking, Indien, Afrika etc. Bisher haben sie freilich noch zu keiner Verbreitung beigetragen, doch verdienen sie ernste Beobachtung.

Wollen wir nun, wiederum in aller Kürze, betrachten, welche Massregeln sind nöthig, um Europa vor einer Lepra-Epidemie zu schützen? Da möchte ich folgende Vorschläge zur Discussion stellen:

1. Der Congress möge beschliessen, dass sowohl die vorhandenen Herde, wie auch die eingeschleppten Einzelfälle alle Beachtung verdienen und daher eine Registration derselben durchaus nothwendig ist.

2. Zu diesem Zwecke müsste in jedem Lande von Seiten der Regierung die Anzeige eines jeden Leprafalles obligatorisch angeordnet werden.

3. Der Congress wählt eine internationale Commission, deren Mitglieder sich mit ihren respectiven Regierungen in Verbindung setzen und alljährlich nach einem näher festzustellenden Schema einen Bericht zusammenstellen, der alle drei Jahre dem internationalen dermatologischen Congresse mitgetheilt werde.

4. Der Congress spricht sich dahin aus, dass, sobald eine Anzahl von Leprafällen in einem Lande constatirt, als bestes Mittel zur Bekämpfung von Lepra die Errichtung von Asylen, resp. Colonien in Angriff zu nehmen ist, selbst wenn auch nicht sämmtliche Lepröse dorthin gebracht werden können.

---

## Ueber Gonococcenculturen.

Von Dr. A. Risso.

Der Autor berichtet über erfolgreiche Culturversuche des Gonococcus Neisser nach der Methode von Gebhard. Versuche, den Gonococcus auf anderen festen Nährböden zu züchten, hatten negativen Erfolg, dagegen glückte es dem Autor, den Gonococcus aus Reinculturen auf flüssige Nährböden zu übertragen und darin zum Wachsthum zu bringen. Risso verwendete hiezu ein Gemenge von 1 Theil sterilisirtem Placentarblutserum mit 2 bis 3 Theilen Bouillon mit Pepton.

Gonococcen-Impfungen in die vordere Augenkammer eines Meerschweinchens ergaben Trübung des Kammerwassers, in dem Gonococcen in Eiterzellen und frei nachweisbar waren.

Risso glaubt, dass die Züchtung der Gonococcen nach Gebhard zu diagnostischen Zwecken verwendbar sein werde, und

schliesst aus dem Gelingen der Bouillonculturen, dass die Eigenthümlichkeit der Gonococcen, auf serösen Häuten und Schleimhäuten zu gedeihen, ihre Erklärung finde.

(Nach dem Original auszugsweise wiedergegeben.)

---

## Behandlung des Lupus erythematosus.

Von Baldomar Sommer (Buenos Ayres).

Die Heilung des Lupus erythematosus ist immer eine sehr hartnäckige gewesen, ich erlaube mir deshalb Ihre Aufmerksamkeit einen Augenblick in Anspruch zu nehmen, um eine neue Behandlung mitzutheilen.

Hebra hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass bei dieser Krankheit hauptsächlich die Talgdrüsen erkrankt sind, und dass man Seborrhoe vordem bemerkt. In dem ich gänzlich mit der Meinung von Barthelemy übereinstimme, dass die Seborrhoe hauptsächlich von Verdauungsschwierigkeiten herrührt, und ich gewöhnlich das Betanaphtol angewandt habe, um damit den Magen in aseptischem Zustande zu halten, so habe ich dieses Mittel auch beim Lupus erythematosus erprobt.

Der erste Kranke, den ich damit behandelte, war ein junger Arzt, welcher schon vier Jahre an dieser Krankheit litt, und da er gewöhnlich über schlechte Verdauung klagte, so war der Fall ganz geeignet zu denken, dass sein Lupus vom Magenübel herstammen könnte. Der Kranke hatte eine grosse Lupusscheibe an der linken Wange und kleinere Stellen an dem linken Augenlide und der rechten Wange. Alle diese Stellen hatten die Charaktere des Lupus erythematosus. Ausserdem konnte man kleinere seichte Narben am geheilten Lupus sehen.

Ich verordnete ihm zweimal täglich, das heisst bei jeder Hauptmahlzeit eine Oblate mit $^1/_2$ Gr. Betanaphtol zu nehmen, und ausserdem machte ich einige Aetzungen mit Acidum carbolicum.

Sehr bald sah man, dass die Lupusstellen heilten, indem sie eine flache Narbe hinterliessen.

Drei Monate brauchte ich, um die Krankheit gänzlich zu heilen.

Während der Kranke in Behandlung war, sah man, dass, wenn er das Naphtol nicht nahm, die Stellen sich bedeutend verschlimmerten.

Augenblicklich habe ich drei andere Fälle in Behandlung und sehe, dass die Besserung sehr schnell vor sich geht. Diese besitzen ihre Krankheit 3, 4, $4^1/_2$ Jahre und haben auch Verdauungsbeschwerden.

Leider sind es bis jetzt noch wenige Fälle, aber wenn man das gute Resultat, welches man erzielt, betrachtet, so glaube ich, dass man diese Therapie empfehlen kann, um Versuche damit zu machen.

Ausserdem möchte ich noch erwähnen, dass man intensiv mit Acidum carbolicum ätzen kann, ohne viele Schmerzen zu verursachen.

Die Art und Weise ist sehr einfach, denn man braucht nur, wenn die Aetzung sehr schmerzhaft würde, mit ein bischen Watte, welche mit Alkohol getränkt ist, darüber zu fahren, so verschwinden die Schmerzen augenblicklich.

---

## Traitement de la teigne faveuse et de la pelade par le naphtol.

Par Prof. Dr Viñeta-Bellaserra (Barcelona).

Messieurs!

Dans ma communication au Congrès International de Dermatologie et de Syphilidologie tenu à Paris au mois d'août de 1889 j'ai exposé les résultats obtenus par l'application du naphtol dans diverses maladies de la peau.[1])

Maintenant je vais appeler vôtre attention au sujet de l'action particulière qu'a le naphtol sur la teigne faveuse et la pelade.

Depuis l'année 1889 jusqu'à ce jour avec beaucoup de perseverance et une observation constante j'ai appliqué ce remède à ces deux classes des teignes.

Dans le favus je commence premièrement par épiler et en suite appliquer une lotion savonneuse au savon mou; après je fais mettre deux fois par jour une pommade de naphtol avec de la vaseline en y ajoutant le beaume du Peru. Voici ma formule:

Naphtol β . . . . . . . . 12 à 14 grammes
Vaseline . . . . . . . . . . 100 »
Beaume liquide du Peru melez . 1 gramme

---

[1]) Voyez les Comptes Rendus p. 918, et La Revista de Clinicas Médicas de Barcelona, n° 2, p. 41 de 1885.

Avec cette formule je suis arrivé à reduire le temps du traitement du favus. Deux épilations sont suffissantes et du 4e ou 6e mois (maximum du traitement) cette maladie parasitaire reste définitivement guérie. Cette pommade a aussi l'avantage de n'avoir pas mauvaise odeur avec facilité d'application.

Au sujet de la teigne pelade je commence par faire raser les plaques 3 fois par semaine. Après je fais employer pendant la nuit la même formule de la pommade de naphtol que j'ordonne pour le favus et pendant le jour je fais faire une lotion alcoolique de naphtol aussi au 12 pour 100. La durée du traitement varie entre 2, 3 et 5 mois.

Dans l'espace de 3 ans j'ai traité 156 cas de pelade et 85 de favus avec les meilleurs résultats en reduisant la durée du traitement.

Etant très rare la teigne tonsurante à Barcelone, depuis 11 ans que j'exerce ma profession dans cette ville je n'ai pas encore vu aucun cas de ce genre de teigne.

---

## Ueber die Innervation der Blase.

Von Dr. M. von Zeissl.

Zeissl resumirt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Der Nervus erigens ist der motorische Nerv des Detrusor vesicae und eröffnet den Blasenverschluss.

2. Die Oeffnung des Blasenverschlusses erfolgt unabhängig vom Detrusor.

3. Die Hypogastrici verschliessen die Blasenmündung. Der motorische Effect für die ganze Blase scheint ein sehr geringer zu sein und fällt zuweilen ganz aus.

4. Die Hypogastrici hemmen zuweilen die spontanen Bewegungen, welche an der Blase auftreten.

5. Für die Nervi erigentes und Hypogastrici scheint das Gesetz der gekreuzten Innervation von Basch zu gelten, wie dies von Fellner, Oser und Ehrmann nachgewiesen wurde. Dieses Gesetz lautet, dass in dem Nervenstamm, welcher ein bestimmtes System von Muskelfasern motorisch innervirt, zugleich Nervenfasern enthalten sind, welche in diesem Systeme enthaltene, antagonistische Muskelfasern hemmend innerviren.

6. Demgemäss verlaufen im Erigens motorische Fasern für den als Längsmuskel der Blase aufzufassenden Detrusor und hemmende Fasern für den Sphincter (d. h. Fasern, welche den Sphincter erschlaffen machen), respective für das System der Ringmuskelfasern.

7. In den Hypogastricis verlaufen motorische Fasern für den Sphincter und, wie man annehmen darf, zugleich hemmende für den Detrusor.

---

## La lèpre est une maladie héréditaire.

Par le Dr. Zambaco Pacha.

1° Depuis un certain nombre d'années, les théories bactériologiques poussées à l'extrême, et leurs conquètes, d'ailleurs si importantes, mal interprêtées tendraient à rien moins qu'à détruire ce que l'observation des malades a entassé de faits acquis depuis des siècles et cela au détriment de la vraie clinique.

L'hérédité, cette cause si puissante de reproduction des états morbides familiaux, ne serait qu'un nonsens. Elle n'existe, pour la nouvelle école, que pour les malformations. Quant à la tubereulose la scrofulose, la lèpre, etc., leur transmission ne doit être attribuée qu'à la contagion, aux microbes ou à leurs spores!

Et pourtant ou sont les microbes de tout l'arsénal des maladies nerveuses? ou est le microbe qui transmet dans les familles l'épilépsie, l'aliénation mentale, l'hystérie et tous les dérivés du protée neuropathique? ou est le microbe de l'arthritisme, de l'herpétisme, de la goutte, de la lithiase qui tous transmettent la tendance à se perpétuer dans les familles? et l'hérédité que lègue l'ivrognerie, aussi variable, dans ses manifestations que constante das ses déplorables effets sur la progéniture?

2° Sans aborder la question de la transmissibilité de la lèpre dans ses autres modes je soutiens qu'il est impossible de contester l'hérédité de cette maladie; les faits cliniques la démontrent.

3° Tous les médecins qui ont longuement observé la lèpre ont constaté bien des fois que la maladie a sauté une deux, et même un plus grand nombre de générations pour reparaître parmi les descendants.

Des enfants issus de parents lépreux et séparés d'eux dès leur naissance d'arrière petits enfants qui n'ont jamais été en contact

avec leurs ancêtres lépreux, ont été atteints de cette lèpre Ancestrale.

4⁰ Que chaque clinicien expose ce qu'il a observé et la démonstration clinique en sera faite. Mais pour cela il ne suffit pas de voir deux ou trois lépreux jetés par hasard dans un service d'hôpital. Il faut longuement étudier la maladie et faire des enquêtes dans les pays que la lèpre ravage endémiquement.

5⁰ C'est ainsi que dans les localités où régne la lèpre telle ou telle famille est réputée lépreuse et évitée pour le mariage; par ce que de temps en temps la lèpre héréditaire apparaît chez un descendant.

6⁰ A Constantinople, où j'observe la lèpre depuis bien des années et où elle est commune, j'assiste à un exemple frappant d'hérédité Ancestrale, d'Atavisme, si l'on veut mieux.

Les lépreux de Constantinople, au nombre de plusieurs centaines sont:

*A.* Des étrangers à la ville. Ils proviennent des îles de l'Archipel, d'Anatolie, de l'île de Crête, de Chypre, etc.

*B.* Des Israélites venus d'Espagne depuis l'inquisition et établis en Turquie depuis trois siècles. Or, ces juifs sont les seuls Constantinopolitains atteints de la lèpre.

Quelle est l'origine de ces juifs? ce sont des descendants directs des Hébreux de l'Exode.

Ils sont allés en Espagne en plusieurs fois, directement de la Palestine, notamment sous Titus et sous Adrien.

Ces juifs ont toujours vécu isolés à Constantinople. Ils ne se sont jamais alliés aux autres éléments de la population ottomane : Musulmans, Grecs, Arméniens, etc. Ils ont conservé leur type, et toutes leurs coutumes et habitudes.

Or ces juifs, descendants directs des Hébreux sont les seuls lépreux indigènes. Aucun autre Constantinopolitain n'a la lèpre. N'est-ce donc pas là un exemple frappant de l'Atavisme pathologique? Car tout le monde sait que les Hébreux de Moïse avaient la lèpre.

Les autres juifs que nous avons à Constantinople : Allemands, Hongrois, Roumains, Russes, n'ont pas la lèpre. C'est que tous ces juifs ne sont pas des descendants des Hébreux, comme nos juifs Espagnols. Mais des tartares judaïsés vers le 8ᵉ siècle après le Christ. Ce sont des Néo-juifs et non des Hébreux. Ils ne sont pas d'origine sémitique; ils ne sont pas lépreux non plus.

7° Les recherches toutes récentes (Juillet 1892) que je viens de faire en Bretagne (France) m'ont encore prouvé l'Atavisme de la lèpre d'une manière peremptoire. Depuis une dizaine d'années, on a observé de nombreux cas de mutilation de doigts, sans douleur, avec anesthésie et souvent atrophie musculaire en Bretagne.

Or, ces cas, je l'avais soupçonné et écrit déjà ressemblaient absolument à la lèpre mutilante. On en a fait une maladie nouvelle, sous le nom de Panaris Analgésique ou de Maladie de Morvans. Je me suis donc rendu en Bretagne pour élucider la question. Et, j'ai constaté de visu que la lèpre y existe encore comme ancien reliquat du terrible fléau qui a ravagé ce pays du 13 au 14 siècle.

J'ai trouvé en Bretagne, lèpre Autochtone, chez des Bretons qui n'ont jamais voyagé la lèpre mutulante, la trophonerveuse ou anesthésique de Danielssen, la tuberculeuse, l'ulcéreuse.

Ces faits dont j'ai reproduit quelques uns par la photographie démontrent la survivance de la lèpre en France. Mes honorables confrères de la Marine, que j'ai rencontré à Brest et qui connaissent très bien la lèpre pour l'avoir observée aux colonies ou plusieurs d'entre eux ont même dirigé des léproséries, ces honorables confrères ont tous accepté ma manière de voir à savoir que les cas de maladie de Morvan et de syringomyélie observés en Bretagne, ne sont que des cas de lèpre isolée et parfois très atténuée.

Je soupçonne la même chose pour tous les autres pays.

Voilà donc, encore une fois l'hérédité Ancestrale, atavique de la lèpre démontrée.

8° Dans une de mes publications précédentes, j'avais établi une statistique qui paraissait vouloir prouver que la lèpre n'est pas souvent héréditaire. Mais je n'avais pas rémonté, alors, dans mes enquêtes plus loin que les parents et les grands parents. Or, l'expérience m'a appris depuis, qu'il faut rechercher bien plus loin dans l'ascendance, jusqu'à 4 et 5 générations. Ce qui n'est guère facile et devient même impossible, dans la plupart des cas. C'est donc par de longues études, et en observant la lèpre persistante dans quelques vieilles nations, autrefois très éprouvées par ce fléau, qu'on parvient à démontrer l'hérédité Ancestrale, l'atavisme de la lèpre.

## Contagiosité de la lèpre.

Par S. E. Mavrogeny Pacha.

S. E. Mavrogeny Pacha a écrit sur ce sujet à M. Zambaco une longue lettre destinée au congrès et dont nous ne pouvons que donner ici quelques extraits :

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

Vous persistez, cher confrère, à être anticontagioniste, pour la lèpre, parceque vous n'avez pas des preuves suffisantes, pour changer d'opinion; mais d'autres, les ayant trouvées, sont devenus des contagionistes, pour cette maladie-là, d'anticontagionistes, qu'ils étaient, auparavant; moi-même, qui, n'en étant pas spécialiste, en suivant les doctrines de mon régretté collègue-feu le professeur Rigler, qui fut mon Maître, en léprologie, j'étais encore hier anticontagioniste, comme vous, éminent léprologue, mais, après mûre réflexion, j'ai été presque convaincu du contraire.

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

Consultons, s'il vous plaît, l'Histoire des Épidémies, depuis l'antiquité la plus réculée, jusqu'à nos jours; nous y verrons que, de tout temps, les opinions des Médecins, s'étaient partages, comme de nos jours, dans les congrès, et qu'il y avait toujours deux camps bien serrés, en présence l'un contre l'autre, dans lesquels, ils se livrait des batailles sanglantes, pour défendre l'une ou l'autre de leurs opinions, sur la nature contagieuse des maladies, et que jamais jusqu'à notre époque, où les dissidents, ayant ouvert les yeux, à l'évidence, se sont enfin mis d'accord, pour admettre, d'une manière presque unanime, la contagiosité de certaines maladies, au grand profit de la science et de l'humanité.

Et d'ailleurs, pour ce qui concerne, spécialement la question de la lèpre, qui nous occupe, actuellement, nous voyons dans la Bible, et je tiens cela d'un Médecin Israélite, versé, dans la langue de Moïse, qui m'a assuré, que dans le Talmuth et Pentadeucte ainsi que dans la Cabala, Moïse, était contagioniste, pour la lèpre.

Les Croisés de l'élite de la haute société des preux Chevaliers du moyen âge, de qui, est sortie la grande Noblesse moderne de l'Europe, défaits, mutilés par l'hideuse maladie des lieux Saints et de l'Asie, et révenus, misérables, après leur défaite par les Sarrasins, dans les Saintes Croisades, qu'ils avaient faites, dans l'espace de quelques siècles, conduits par des Rois, des Princes pieux et fanatiques, des moines mélancoliques et même de superbes et saints Papes, qui conduisaient les armées, par leurs ordres et pieux



conseils, sans aller, eux-mêmes à la guerre et sans laisser leur Thrône Pontifical, pour délivrer de leurs mains impies, les lieux Saints, sans que leurs efforts pourtant, aient été à la fin couronnés de succès.

Eh bien! tous ces Comtes, Barons et Princes révenus, chez eux, étaient fuis par leurs plus proches parents, comme nous l'avons dit, plus haut, de peur d'en être contaminés, par leur contact immédiat, ou médiat : c'est là, une preuve irréfutable, que la lèpre, dès sa première importation, en Europe, était considérée, comme une maladie essentiellement contagieuse, expérimentalement, et par des hommes, dont la science et la bonne foi étaient incontestables.

Ainsi l'histoire biblique, comme l'histoire du moyen âge, a noté cette maladie-là, comme essentiellement contagieuse. De notre temps, beaucoup de léprologues distingués, d'anticontagionistes, convaincus, qu'ils étaient, pour la lèpre, ils sont devenus des contagionistes convaincus, comme nous l'avons dit plus haut.

De là, je me permets de tirer la conclusion émise, plus haut, que pour la lèpre, il est arrivé, relativement à sa nature, ce qui est arrivé à toutes les maladies contagieuses, dont la contagiosité au commencement de ce siècle, était mise en doute, par beaucoup des médecins distingués, et dont, la nature contagieuse a été admise, de nos jours, de tout le monde.

C'est pourquoi, pendant que cette question, pour le moment encore en litige, pourrait être définitivement résolue, par le grand Aréopage dermatologique, établi, pour peu de jours, à Vienne.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Comme la lèpre n'est plus une maladie populaire, en Europe, et qu'elle y couve seulement dans certains antres, en attaquant certaines classes et certains individus de la basse classe de la société, moins fortunés, obscurs et ignorés du commun des hommes, d'une manière insidieuse et quasi clandestinement — c'est pourquoi, cette question concernant la lèpre, est encore en suspens.

Ce doute est très dangereux, parceque, d'après vos observations et celle d'autres léprologues distingués, cette maladie du moyen âge, que les Croisés ont trainée, à leur suite, avec toutes leurs autres misères physiques et morales, en Europe, ménace toute la société moderne, en s'insinuant traîtreusement, dans les foyers de chacun, par une porte ou par une autre, sans bruit ni trompettes, comme font les espions en temps des préliminaires de la guerre, ou même, dans les villes en temps de paix, là, où l'espionnage salarié est à l'ordre du jour.




ANHANG.



Von dem Bestreben geleitet, neben der Erledigung der wissenschaftlichen Arbeiten für die möglichste Förderung des collegialen und freundschaftlichen Verkehrs der Congressmitglieder Vorsorge zu treffen, und gleichzeitig den fremden Gästen die Besichtigung von Wiens Natur und Kunstschätzen zu erleichtern, hat das Organisations-Comité des II. internationalen Dermatologen-Congresses unterstützt von einer grösseren Zahl Wiener Collegen — als Vergnügungs-Comité — eine Reihe von gemeinsamen Festlichkeiten, Ausflügen etc. vorbereitet, über deren Verlauf im Folgenden kurz berichtet werden soll.

Von Seite der Gemeindeleitung, der obersten k. k. Hofämter und aller Behörden fand das Comité das freundlichste Entgegenkommen.

*

Ein **Begrüssungsabend** am 4. September im Saale des Restaurants »Kaiserhof«, vereinigte in üblicher Weise zahlreiche Mitglieder und Theilnehmer des Congresses.

*

Der Bürgermeister von Wien, Herr Dr. Prix, empfing auf Grund eines genehmigenden Beschlusses des Gemeinderathes nach Schluss der ersten wissenschaftlichen Sitzung am 5. September um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags sämmtliche Congressmitglieder und deren Damen im Festsaale des Rathhauses. Von Beamten des Hauses am Eingange empfangen, wurden die Gäste in Gruppen durch das städtische Museum, die Sammlungen und Säle in den Festsaal geleitet, woselbst dem Bürgermeister die einzelnen Mitglieder vorgestellt wurden. In den Nebenräumen des Festsaales war auf einem glänzend ausgestatteten Buffet ein Lunch vorbereitet. Die Damen waren mit Bouquets in den Farben der Stadt Wien, die Herren mit eleganten Cigarren-Etuis als Souvenir bedacht worden. Der Bürgermeister im Vereine mit mehreren Gemeinderäthen und höheren amtlichen Functionären machten in liebenswürdigster Weise die Honneurs.

*

Der Abend des 5. September vereinigte sämmtliche Mitglieder des Dermatologen-Congresses bei einer **Festvorstellung des k. k. Hofoperntheaters**, zu welcher die k. k. Hoftheater-Intendanz (Excellenz Freiherr von Bezecny) in zuvorkommendster Weise die Parquet- und Logenbillette zur Verfügung gestellt hatte. Es kamen nebst »Cavalleria rusticana« zwei kleine Ballets, »Wiener Walzer« und »Puppenfee«, zur Aufführung.

*

Am 6. September 1/2 3 Uhr wurde unter Leitung der Herren Director Schäfer und Custoden das **kunsthistorische Hof-Museum** mit seiner berühmten Gemäldegallerie (ehem. Belvedere) besichtigt.

*

Der Abend wurde in animirtester Stimmung im gastlichen Hause des Präsidenten des Congresses, Prof. Kaposi, zugebracht, woselbst zwischen 9 und 12 Uhr ein **Rout**, dem unter Anderen auch der Statthalter von Niederösterreich, Baron Kielmannsegg, die Bürgermeister von Wien und Baden, Sectionschef im Unterrichtsministerium Rittner und zahlreiche hervorragende Mitglieder der Wiener Gesellschaft beiwohnten, unseren Gästen Gelegenheit bot, Wiener Geselligkeit kennen zu lernen.

*

Am 7. September, dem Geburtstage Hebra's, vollzog sich während der Pause zwischen den beiden wissenschaftlichen Sitzungen im Arkadenhofe der Universität ein Act der Pietät: Prof. Hardy (Paris) bekränzte im Beisein zahlreicher Congressmitglieder und im Namen des Congresses die in der Ehrenhalle des Universitätsgebäudes aufgestellte Büste Ferd. v. Hebra's mit Lorbeer.

*

In der Pause zwischen den beiden wissenschaftlichen Sitzungen wurde durch Herrn Dr. J. Székely ein Gruppenbild der Congresstheilnehmer im Hofe des Universitätsgebäudes aufgenommen.

*

Für den Nachmittag waren die Congressmitglieder von Prof. Winternitz zur Besichtigung seiner Wasserheilanstalt in Kaltenleutgeben, und von der Cur-Commission als Gäste der naheliegenden Stadt Baden eingeladen. Für beide Ausflüge hatte die Südbahn freie Fahrt zugestanden.

**Ausflug nach Baden.** Von dem Comité mit Herrn Dr. Karl Schwarz an der Spitze waren die umfassendsten Vorbereitungen getroffen, um das Fest möglichst erhebend zu gestalten. Die Stadt

war zufolge eines Aufrufes des Stadtvorstandes von der dritten Nachmittagsstunde an festlich beflaggt und der Eingang zum städtischen Parke decorirt.

Vor vier Uhr fand sich das Comité mit Dr. Karl Schwarz, dem Bürgermeister-Stellvertreter Josef Witzmann und mehreren Gemeindevertretern, ferner Generalstabsarzt Dr. Mülleitner u. A. auf dem Bahnhofe ein. Dr. Karl Schwarz als Obmann des Empfangscomité richtete an die Gäste eine deutsche und französische Ansprache. Der Ehrenpräsident Prof. Hardy aus Paris dankte für den warmen Empfang. Docent Dr. Grünfeld dankte im Namen des Wiener Organisations-Comité's für die Gastfreundschaft der Curstadt Baden. Dr. Karl Schwarz lud dann die Festgäste ein, die bereitstehenden Fiaker zu besteigen und die Bäder und sonstigen Etablissements in Augenschein zu nehmen. Gruppenweise vertheilt besuchten die Gäste von Mitgliedern des Comités geleitet mehrere städtische Badeanstalten, die Krankenstiftung »Wohlthätigkeitshaus« und Sacher's Kaltwasserheilanstalt im Helenenthal. Im Curhause waren indessen im Auftrage des Comités alle Vorbereitungen zu einem Festbankett zu 170 Gedecken getroffen. Um $^1/_2$7 Uhr nahm die Gesellschaft Platz und der k. k. Bezirkshauptmann Graf Auersperg begrüsste die illustren Gäste im Namen der Regierung mit herzlichen Worten, ebenso Vice-Bürgermeister Witzmann im Namen der Stadt und der Senior der Aerzte, Generalstabsarzt Dr. Mülleitner, im Namen der Collegen in Baden. Besonders der letztere hob mit warmen und tiefgefühlten Worten die hohe Bedeutung des Tages für unsere Curstadt und Collegialität unter den Berufsgenossen hervor. Hierauf begann das Bankett unter den Klängen der verstärkten Curcapelle unter Leitung des Capellmeisters A. Alphons Schück. Den ersten Toast brachte der Vice-Bürgermeister Witzmann auf Se. Majestät den Kaiser aus. Hierauf toastirte Comité-Obmann Dr. Karl Schwarz in Vertretung des Dr. Klein, welchen Krankheit am Erscheinen verhindert hatte, mit schwungvollen Worten auf den Dermatologen-Congress, seinen Präsidenten und alle Mitglieder. Es sprachen ferner Dr. Wetterdorfer in französischer Sprache auf die Solidarität der Mitglieder des Congresses und im Namen der Gemeindevertretung G.-R. Fitzga, Bürgerschul-Director, auf die Dermatologen und Professor Kaposi. Professor Kaposi dankt allen Vorrednern, besonders dem letzten, für die freundlichen Worte, geht auf die Bedeutung der dermatologischen Forschung näher ein und hebt die hohe Bedeutung und den Aufschwung Badens, das Vertrauen, das es in der medicinischen Welt als

Curort geniesst, und den besonders freundlichen Empfang hervor. Professor Hardy (Paris) dankt im Namen der Fremden und gedenkt wie sein College Kaposi in freundlicher Weise des Curortes Baden. Professor Dr. Köbner aus Berlin dankt im Namen des Congresses, gedenkt des Dr. Klein, den leider Krankheit verhindere, im Saale zu sein, und spricht in herzlichen Worten den Dank für die freundliche Aufnahme aus. Apotheker von Grimburg begrüsst die Dermatologen im Namen der Pharmaceuten. Dr. Hermann Rollet spricht einen schwungvollen Toast auf die Frauen. Es folgten zahlreiche ungezwungene und launige Trinksprüche, so dass das Bankett in animirtester Weise verlief. Nach Schluss desselben verfügten sich die Gäste des gastfreundlichen Curortes zum Promenadeconcert. Die dank dem vorzüglichen Arrangement des Festcomités wohlgelungene Excursion wird allen Theilnehmern eine überaus freundliche und nachhaltige Erinnerung an Baden zurücklassen.

*

**Ausflug nach Kaltenleutgeben.** Die Mitglieder des Dermatologen-Congresses unter Leitung des Professors Lang trafen vor 6 Uhr in Kaltenleutgeben ein, wo dieselben am Bahnhofe vom ärztlichen Körper der Anstalt, sowie vom Bürgermeister in feierlicher Weise empfangen wurden. Nach einer gründlichen, unter Führung des Prof. Winternitz erfolgten Besichtigung der Einrichtungen der verschiedenen Etablissements für die Anwendung der Hydrotherapie, Gymnastik, Elektricität etc., begaben sich die Congressmitglieder in den Cursalon. Beim reichbesetzten Büffet wurde sodann erwünschte Rast gehalten, bis der perlende Champagner credenzt und die Reihe der Toaste von Prof. Winternitz mit einer schwungvollen Rede zur Feier des dermatologischen Congresses eröffnet wurde. In weiterer Folge sprachen Prof. Lang auf Prof. Winternitz und mehrere andere Herren Mitglieder des Congresses.

Die inzwischen eingetretene Dunkelheit bot Gelegenheit, den Curpark, sowie alle Anstaltsgebäude und Salons mit elektrischem Lichte und durch zahllose Lampions glänzend zu illuminiren; bei den Klängen einer Musikkapelle erfolgte ein Rundgang durch den Anstaltspark. Ein höchst animirtes Ballfest, bei dem die elegante Damenwelt durch zahlreiche reizende Vertreterinnen glänzte, beschloss den Ausflug. Um 10 Uhr entführten die reservirten Waggons die Mitglieder des dermatologischen Congresses wieder nach Wien zurück.

*

Am 8. September fand nach Schluss der wissenschaftlichen Sitzungen ein gemeinsamer Besuch des k. k. **naturhistorischen Museums** unter Führung der Herren Custoden desselben statt.

*

**Banket.** Donnerstag Abends, den 8. September fand das von der Wiener dermatologischen Gesellschaft zu Ehren der Congressmitglieder veranstaltete Banket im »Sachergarten« im k. k. Prater statt.

Man hatte sich für diesen Ort, den ehemaligen Waldsteingarten, entschieden, um den Congressmitgliedern Gelegenheit zu geben, auch den Wiener Prater und das lustige Treiben im »Alt-Wien« der nahegelegenen Musik- und Theater-Ausstellung kennen zu lernen.

Der grosse, rings von Gartenanlagen umgebene Saal sammt Nebenräumen war für diesen Abend reich decorirt. Der hufeisenförmige Tisch trug 150 Gedecke mit Menus, welche eine Ansicht des Universitätsgebäudes zeigten zur Erinnerung an die Stätte der wissenschaftlichen Thätigkeit des Congresses. Die Tafelmusik wurde durch die Capelle Drescher besorgt, welche während des Diners Wiener Weisen ertönen liess. In einem kleinen Nebensaale war für die Damen der Congressmitglieder das Diner servirt. Nach Beendigung des Bankets begaben sich die Theilnehmer, in Gruppen vertheilt, zur naheliegenden Theater- und Musikausstellung, woselbst sich die Congressmitglieder bis spät in die Nacht an den Vergnügungen betheiligten. Das Festdiner selbst nahm einen sehr animirten Verlauf. Nach dem Dessert ergriff Prof. Kaposi das Wort. Er hielt folgende Ansprache:

**Kaposi:** Hochgeehrte Festgenossen! Wenige Tage her sind es nur, seit Sie, geehrte Herren, in dieser Kaiserstadt weilen, aber sie haben genügt, um Ihnen manchen Ruf des Erstaunens zu entlocken.

Wohin immer Sie Ihre Schritte lenken und Ihr Auge ausblickt, allüberall erschauen Sie die erhebenden und erquickenden Blüthen fortschreitender Entwickelung unserer Stadt, in erster Reihe jene monumentalen Schöpfungen, welche der Pflege der Kunst, der Wissenschaft, des Gemeinwohls geweiht sind. Ihnen ist es widerfahren, wie Jedem, der als Fremder einen vornehm angelegten Park durchwandert. Man ist entzückt und erquickt und denkt unwillkürlich an den Adel der Gesinnung Desjenigen, der so Herrliches geschaffen und erhält. Wir aber, die wir hier zu Lande leben, wir wissen, wer dieses herrliche Wien geschaffen, das die Einheimischen beglückt und die Fremden entzückt, und wissen, dass es die Initiative unseres Kaisers ist, welche hier, wie im ganzen

Reiche die herrlichen Schöpfungen hervorgebracht und den Sinn und die Thatkraft zu solchen in der Bevölkernng wach gerufen.

Deshalb werden unsere fremden Gäste es verstehen, dass wir Oesterreicher bei jedem festlichen Anlasse in einem Gefühle von Dankbarkeit unseren ersten Zuspruch unserem Kaiser weihen.

Unser Congress aber fühlt sich auch selber Seiner Majestät zu grossem Danke verpflichtet. Die kaiserlichen Kunstinstitute haben uns als Gäste empfangen, in der kaiserlichen Universität sind wir gastlich beherbergt worden.

Der Congress kann mit Stolz sich dessen rühmen: Wir sind Gäste Seiner Majestät des Kaisers gewesen, und nun wird Ihre Begeisterung, meine Herren Gäste, sich vollauf mit dem tiefen und ehrfurchtsvollen Danke von uns Oesterreichern und Ungarn vereinigen in dem Rufe, Seine Majestät der Kaiser und König Franz Josef lebe hoch, hoch, hoch!

**Neumann:** Die Wiener dermatologische Gesellschaft hat mich mit der ehrenvollen Aufgabe betraut, an Sie hochverehrte Festgäste einige Worte zu richten. Gern unterziehe ich mich dieser Aufgabe, denn die Worte, die ich zu Ihnen spreche, sie stehen mit meinen eigenen Empfindungen in vollem Einklange, sie sind das Echo jener Gefühle, welche mit mir zugleich jedes Mitglied der Wiener dermatologischen Gesellschaft unseren verehrten Gästen entgegenbringt.

Unsere Gesellschaft steht allerdings derzeit noch in ihrer ersten Kindheit, unsere Zahl ist mässig, die Geschichte der Gesellschaft kurz und arm an hervorragenden Begebenheiten. Heute zum ersten Male tritt unsere Gesellschaft in die Oeffentlichkeit, sie wagt es, im Vertrauen auf Ihre collegiale Nachsicht, in dem Bewusstseins jener freundschaftlichen Beziehungen, die Sie, meine Herren, ich sage dies mit Stolz und Freude, mit uns vereinen. Mag auch Mancher von Ihnen an grossartigere äussere Verhältnisse gewohnt sein, Eines wird Ihnen gewiss nicht entgangen sein, jenes Gefühl der Herzlichkeit, das die österreichischen Dermatologen mit Jedem von Ihnen verbindet. Mit Stolz und Freude erfüllt es uns, dass diesmal Wien das Los getroffen, Sie meine Herren, in seinen Mauern zu beherbergen. Welche Stadt der Welt Sie immer zu Ihrer Vereinigung gewählt hätten, in keiner hätten die Herzen mit mehr Wärme Ihnen entgegenschlagen können, als bei uns in Wien. Der Strom der Zeit ist glücklicher Weise spurlos vor der Wiener Gemuthlichkeit vorbeigezogen.

Schon die wenigen Tage, die Sie in unserer Mitte weilen dürften Ihnen gezeigt haben, wie hochbeglückt wir uns aus diesem

Anlasse fühlen. Diese Tage werden niemals unserem Gedächtnisse entschwinden, sie sind das erste goldene Blatt in der Geschichte unserer jungen Vereinigung.

Ein einziger Wermuthstropfen mengt sich in unsere Freude, es ist dies der Gedanke, dass Sie in Kurzem von uns scheiden. Doch tröstet uns hier das Bewusstsein, uns alsbald, wenn auch anderwärts wiederzufinden, mehr noch die Gewissheit, dass Bande, die so geknüpft, sich nie und nimmer lösen, und das Bewusstsein dieser herzlichen Freundschaft, die uns mit einander verbindet.

Der Contact der Fachgenossen ist ein zu enger, als dass er überhaupt gelöst werden könnte. Auf dieses Gefühl der Zusammengehörigkeit, auf die Bande der Freundschaft und echter Collegialität erhebe ich das Glas und fordere Sie auf, es zu leeren auf das Wohl unserer Gäste — Unsere Gäste leben hoch!

**Köbner:** Hochverehrte Herren Collegen! Als die Kunde durch die Lande ging, dass in Wien der zweite internationale Dermatologen-Congress tagen werde, ergriff sie alle Betheiligten, wie einst jene Kinder in Hameln, die Pfeife des Rattenfängers.

Jedermann wollte hierherkommen und nur unüberwindliche Hindernisse haben es vermocht, dass nicht noch zahlreichere Collegen die Reise unternommen haben. Woher entstand dieser so urwüchsige und allgemeine Drang? War es nur der Wunsch, die lebensfrohe, stets heitere Stadt mit ihren grossartigen Kunstinstituten und ihrer zahllose Zerstreuungen bietenden Originalität aufzusuchen? Nein, der Drang war viel tiefer, viel innerlicher begründet.

Wer von uns Aelteren das Glück gehabt hat, noch von den Meistern der zweiten Wiener medicinischen Schule unterrichtet zu werden, wer noch zu Füssen Rokitansky's, der centralen Sonne dieses glänzenden Kreises, Hyrtl's, Skoda's, Oppolzer's, Schuh's, Arlt's, Hebra's und des wohl zuletzt hinzugekommenen Sigmund's zu sitzen und am Krankenbett und Sectionstisch ihren Lehren zu folgen Gelegenheit gefunden hat, der theilte meine Sehnsucht hierher ganz von selbst und mit wehmuthsvollem Gedanken empfinden wir es heute, dass keine dieser Koryphäen mehr unter den Lebenden weilt.

Aber auch Sie Alle, meine jüngeren Collegen, welche jene Glanzperiode nicht mehr genossen haben, stehen mittelbar unter ihrem Einflusse, denn die Geistesproducte jener Meister und im Anschlusse an sie diejenigen ihrer Epigonen und Nachfolger — meiner Coätanen und Studienfreunde — welche sich redlich be-

müht haben, an der Entwickelung unserer Wissenschaft und unserer Kunst fortzuarbeiten, haben auf die Aerzte aller Culturnationen befruchtend gewirkt. Aber die medicinische Facultät steht hier nicht allein. Wie uns aus der Literatur der anderen Wissenschaften bekannt ist, und wie ich speciell aus dem Munde meines Sohnes weiss, welcher hier Staatswissenschaften, Nationalökonomie und Jurisprudenz studirt hat, sind alle anderen Facultäten gleichfalls mit ausgezeichneten Lehrern und Forschern besetzt. Und darum, meine Herren, lassen Sie uns dieser Hochschule, deren so herrliche Räume, ein Meisterwerk der Architektur, welche uns in so gastfreundlicher Weise gewährt sind, den auch äusserlich so glänzenden Verlauf des Congresses ermöglichen, aus tiefstem Herzen ewiges Blühen und Gedeihen wünschen.

Der Alma mater Vindobonensis ein brausendes Lebehoch!

**E. Ludwig:** Hochgeehrte Herren! Die warmen, herzlichen Worte, welche mein geehrter Vorredner, Herr Professor Köbner, der Wiener Universität gewidmet hat, erheischen eben so herzlichen Dank. Als derzeitiger Rector dieser Universität spreche ich ihm hiermit diesen Dank aus.

Als Ihr Präsidium an den akademischen Senat mit dem Wunsche herantrat, die Universität möge Ihren Congress beherbergen, da ging dieser mit Freude darauf ein und stellte Ihnen gern die Räume unserer Universität zur Verfügung, wusste er ja doch, dass eine Versammlung von so hervorragenden Fachmännern im persönlichen wissenschaftlichen Verkehre sowohl der Wissenschaft, als auch der Humanität reiche Gaben des Geistes darbringen werden. Diese Erwartung ist erfüllt, der Erfolg Ihres Congresses ist bereits ausser Zweifel! Gestatten Sie mir, dass ich Sie zu den schönen Resultate Ihrer eifrigen Arbeit beglückwünsche und dass ich mein Glas erhebe auf das Wohl aller Mitglieder dieses Congresses!

**Feulard:** Messieurs! L'honneur, que je reçois aujourd'hui de prendre la parole après de si hautes personnalités ne s'adresse pas à ma modeste personne mais à l'organisateur du premier congrès international de dermatologie et de syphiligraphie; et je saisis de suite l'occasion qui m'est offerte pour remercier notre illustre président le professeur Kaposi et notre éminent secrétaire général des aimables compliments qu'ils ont bien voulu adresser dans la séance d'ouverture, au congrès de Paris et à ses organisateurs. Cela restera un des meilleurs souvenirs de ma vie, que d'avoir provoqué

la première de nos réunions et c'est pour nous une joie bien douce, que de voir maintenant assurée dans l'avenir la réussite de nos Congrès.

Dank der Umsicht des Organisations-Comités und der unermüdlichen Thätigkeit unseres liebenswürdigen Generalsecretairs Dr. Riehl, le 2[e] Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a égalé sinon surpassé le succès du premier congrès, et je suis sûr que le troisième, où qu'il soit, réussira de même.

Ceux d'entre vous, qui ont assisté dimanche soir à notre première réunion se rappellent avec quelle joie de se retrouver les mains se sont tendues les unes vers les autres et l'on peut affirmer, que l'un des buts, que nous nous étions proposés, est sûrement atteint; c'est à dire que, à coté de l'intéret scientifique qui s'attache aux oeuvres, les hommes apprennent à se connaître, à s'estimer et à s'aimer.

A s'aimer, ai-je dit: car nous savons bien, malgré les exigences parfois sombres de la politique et que chacun de nous ait le droit et le devoir d'être patriote, nous savons bien que nous sommes tous ici de »braves gens« poursuivant ensemble une oeuvre scientifique qui doit profiter à l'humanité tout entière sans distinction de frontières.

Les réunions comme celle-ci, les congrès internationaux, qui maintenant dans toutes les branches des connaissances humaines réunissent périodiquement l'élite des travailleurs de tous les pays, sont les meilleurs préparateurs de cette ère de paix fraternelle et durable vers laquelle tout les peuples aspirent.

Une autre conséquence heureuse de notre premier Congrès a été la création de nouvelles sociétés dermatologiques qui sont venues s'ajouter aux sociétés plus anciennes de New-York, de Petersbourg, de Berlin et de Londres; comme deux soeurs jumelles pour ainsi dire sont nées en 1889 la Société française et la Société viennoise; puis est venue la Société de Moscou et bientôt va naître une Société italienne.

Il est désirable que des rapports réguliers et constants s'établissent entre ces sociétés, que par l'échange de leurs travaux il se crée une sorte de fédération internationale permanente dont nos congrès triennaux seront comme les réunions plénières.

La Société viennoise de dermatologie est aujourd'hui notre hôte, les autres sociétés le deviendront aussi à leur tour.

Au nom de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dont le président d'honneur, M. Hardy et le secrétaire

général, M Vidal ont bien voulu me déléguer ce soir leurs pouvoirs, et me faisant aussi l'interprète, j'en suis sûr, de tous nos collègues étrangers, je remercie la Société viennoise de dermatologie de l'hospitalité vraiment fastueuse qu'elle nous offre aujourd'hui.

Ich trinke auf das Wohl der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Hoch!

**Malcolm Morris** (London): In proposing the toast of the city of Vienna said that while several things remained as they were, some important changes had taken place in the city since he first studied in it twenty one years ago. In 1871 the beer, the bread and the water were of the same excellent quality as now but the Ringstrasse was not complete, the great University was not built, the Town Hall and the Parliament House were not finished. But he noticed another great change, the people of Vienna always kind and friendly had grown in these attributes as much as the city had grown in beauty. He thanked the mayor for the magnificent reception in the Town Hall and he thanked the medical friends in Vienna for the way in which all the membres of the Congress had been received. He concluded by proposing die Stadt Wien.

**Vidal:** Messieurs! Je lève mon verre en l'honneur du professeur Kaposi, du savant illustre dont les travaux et les nombreuses découvertes sont admirés de nous tous. Disciple favori du grand Ferdinand von Hebra, devenu plus tard son collaborateur, il a continué son oeuvre impérissable. Eclairée par ces deux brillantes lumières de la science, la dermatologie marchant à pas rapides dans la voie des connaissances positives, tient actuellement une de premières places dans les sciences médicales.

Par son alliance et par son héritage scientifique, dont il a si largement augmenté les trésors par son apport personnel, le professeur Kaposi appartient doublement à la famille du maitre vénéré dont les savants du monde entier prononcent le nom avec respect.

C'est sur le désir exprimé par le professeur Kaposi que les membres du congrès de dermatologie réunis à Paris, en 1889, ont voté avec enthousiasme que notre second Congrès international serait convoqué à Vienne. Président du Comité d'organisation, il a vu accourir à son appel les dermatologistes de toutes les parties du monde, heureux de l'acclamer comme président de ce Congrès qui, par le nombre de ses membres, par leur haute valeur scientifique, par l'importance de leurs travaux, aura une place hors ligne dans les annales de la science.

A l'illustre professeur Kaposi, au président du 2ème Congrès international de Dermatologie.

**Kaposi:** Ich finde nicht das Wort, um es auszudrücken, welche Empfindung des Dankes und der Freude die Worte in mir hervorgerufen haben, die Herr College Vidal an mich gerichtet hat und Ihre so nachhaltige Zustimmung zu denselben. Beides hat mich nicht erfreut, mir nicht geschmeichelt — ich bin Schmeicheleien nicht zugänglich — nein, es ist mir zu Herzen gedrungen.

Fass' ich es recht auf, so bezieht sich ein Theil der Ansprache Vidal's und Ihrer beifälligen Zustimmung auf meine Person als solche, und darf ich darin eine Anerkennung sehen für mein stetiges und ehrliches Streben, unsere Wissenschaft in Etwas vorwärtszu bringen. Insoferne ist es mir eine grosse Genugthuung, dass es gerade Herr Vidal war, der diese freundlichen Worte an mich gerichtet. Unsere persönlichen Beziehungen zu den französischen Collegen waren ja von jeher, schon wegen der historischen Entwickelung unserer Disciplin, ziemlich lebhafte und intime. Aber von allen französischen Collegen ist Herr Vidal doch derjenige, der diese Beziehungen am meisten persönlich vermittelt oder repräsentirt hat. Er ist eigentlich eine Art Jünger der Wiener Schule. Er hat zu Hebra's Füssen gehört, da ich der Dermatologie noch fern stand und es hat ihn immer von Zeit zu Zeit hierher gezogen, als ich noch in den dermatologischen Windeln lag und öfters auch später. Vidal hat mich also werden gesehen und mich gewissermassen auf den verschiedenen Etappen meiner Laufbahn heimgesucht und darum thut es mir so wohl, gerade von ihm heute hier so freundlich begrüsst zu werden.

Der zweite Theil jener Ansprache und Ihrer schmeichelhaften Kundgebung bezieht sich auf meine gegenwärtige Stellung als Präsident des Congresses. Da muss ich denn sagen, all' diese Ehre gebührt nicht mir, sie gebührt Ihnen. Vor Allem all' denen, die mit mir das Zustandekommen des Congresses förderten, all' meine Collegen des Organisations- und Vergnügungs-Comités, deren Namen Sie ja alle kennen und von denen ich doch besonders des Collegen Riehl gedenken muss, denn er hat als General-Secretär wie eine Biene stille und emsig gearbeitet. Sodann Sie Alle, meine Herren, die Sie durch Ihre Vorträge, durch Ihr Erscheinen überhaupt, den Congress gemacht haben. Ich danke Ihnen Allen auf's herzlichste, Sie haben mir eine unsägliche, eine für mein Leben andauernde dankbare Freude bereitet im Sinne der Ehre unserer Stadt, unseres Reiches, unserer Universität. Ich möchte jedem Einzelnen von

Ihnen die Hand drücken, Sie einzeln umarmen, wenn ich es vermöchte.

Aber ich kann es ja auch thun. Ist doch aller Eifer, aller Fleiss, aller Geist des Congresses in einer Person vereinigt, sie befindet sich in meiner nächsten Nähe, es ist unser allverehrter Ehrenpräsident Professor Hardy, ich umarme Sie, indem ich Hardy umarme, ich trinke auf ihr Wohl, indem ich rufe, hoch Professor Hardy!

**Hardy:** A la fin de ce joyeux et cordial banquet je demande à prononcer quelques mots d'abord pour des remerciments.

Permettez-moi d'abord de vous exprimer ma profonde gratitude pour m'avoir choisi comme président d'honneur. Cette haute distinction au milieu de tant de gens distingués qui l'auraient mérité, est un monument glorieux de ma carrière médicale et j'en suis fier avec raison.

Mais en m'accordant ce titre, je veux croire que vous n'avez pas pensé à moi seulement et que vous avez voulu honorer aussi mon pays, la France, qui a beaucoup fait pour la dermatologie et qui continue à se livrer avec passion à l'étude des maladies cutanées.

Nous devions être en plus grand nombre au congrès, plusieurs de nos collègues absents aujourd'hui, se réjouissaient d'avance à l'idée de ce voyage à Vienne, mais quelques uns ont été empêchés par le choléra et d'autre part, un de nos dermatologistes les plus distingués, le docteur Ernest Besnier que nous aurions tant aimé à voir parmi nous, a été retenu à Paris par un devoir de famille, par une maladie grave de sa belle fille.

Je ne vous parlerais de la partie scientifique du congrès que pour en constater l'éclatant succés; dans cette enceinte il ne s'agit pas de médecine et nous devons seulement penser au plaisir d'être ensemble.

Mais c'est le moment de remercier le comité de toute la peine qu'il a prise pour nous faire passer agréablement le temps en dehors de nos séances régulières. On ne peut être plus aimables Messieurs du comité, que vous ne l'avez été, et nous pouvons dire que vous vous êtes chargés de notre plaisir et de notre agrément pendant tout le temps que nous avons été vos hôtes.

J'ajoute que nous sommes dans l'admiration de votre ville et vos magnifiques monuments, de vos richesses artistiques et scientifiques. Nous emporterons d'ici un souvenir des plus agréables, des plus durables.

Faut-il vous l'avouer, Messieurs, à ce sentiment d'admiration s'en joint un autre, moins noble, c'est celui de la jalousie. Nous autres Français, nous avons été élevés dans l'idée que Paris était la plus belle ville du monde; je veux pas médire de mon pays, je serais un mauvais Français, je trouve notre capitale très belle, très agréable à habiter, c'est également le pays de la science, des arts et de l'industrie: mais nous n'avons rien de comparable à votre Ring, à vos établissements publics, à vos palais plus beaux, les uns que les autres et qui sont supérieurs à ce que nous avons chez nous. Je viens de me confesser du péché d'envie et j'espère que vous m'en donnerez l'absolution.

Une dernière fois, Messieurs, je vous remercie au mon nom et au celui de mes compatriotes et je propose ce toast à notre président, à tous les membres du congrès dermatologique.

**Kalindéro:** Messieurs! Délégué de la Roumanie auprès du Congrès de Vienne, je me sens heureux de me rappeler que j'appartiens à l'Ecole de Saint-Louis qui a eu pour fondateurs un Lorry, un Alibert; que j'ai eu pour chefs, dans mon éducation dermatologique, un Bazin et un Hardy; et que je saisis avec bonheur ce jour de fête, qui nous réunit tous, pour reconnaître les services rendus à la science dermatologique par l'Ecole de Vienne. Je me plais à constater que son illustre chef, Ferdinand v. Hebra, a été pour cette branche de la médecine, ce que Boerhave a été pour la médecine en général, le porte-flambeau des études dermatologiques dans le monde entier, et cela en grande partie grâce à l'organisation si intelligente, si instructive de votre Hôpital Général, foyer incessant de lumières qui n'ont fait que s'accroître dans ces dernières années, par les nombreuses et originales publications sorties de son enceinte.

Je porte ce toast à l'Ecole dermatologique de Vienne et à la mémoire de son illustre chef le Docteur Hebra, je souhaite que ses dignes continuateurs, Kaposi, Neumann etc. renouvellent cette fête qui nous permettra d'affirmer dans l'avenir, comme dans le passé, que les vérités scientifiques n'ont pas de frontières, ni de patrie; elles sont cosmopolites.

Je porte ce toast à la fraternisation internationale du Corps médical, si heureusement représenté dans ce congrès.

**De Amicis.** Onorevoli Colleghi! Prima di lasciare questa nobile città, di cui buona parte di noi già conservava un grato ricordo, rimontando al tempo in cui si è qui venuti, chi per ritemprare e chi per perfezionare le proprie cognizioni, il mio animo non può fare a meno di

rivolgere un riverente ossequio alla memoria di quell' astro sempre luminoso nella nostra specialità, di Ferdinando Hebra!

Ai suoi illustri successori, che si degnamente ora qui lo rappresentano, io son lieto di attestare per parte mia e dei miei colleghi italiani, le più vive azioni di grazie per l'amorevole, fraterna, splendida accoglienza che ci han fatto in questo Congresso.

Ai Colleghi tutti io pur propongo di bere alla loro salute, ed altresì al progresso sempre costante della scienza che coltiviamo, affermato sempre più in questa seconda nostra riunione internazionale. E ben possiamo congratularci che mirando a questo alto ideale, la mercè di così geniali convegni, siano sparite le differenze di casta o di regione che ci mantenevano divisi, e siamo ora giunti al punto di non più distinguere i suoi cultori secondo la scuola che vive sul Tamigi, sulla Senna, sulla Sprea, sul Danubio, sul Tevere o nella lontana America. — Camminiamo tutti sullo stesso indirizzo, e possiamo considerarci come eguali membri di una sola ed indivisibile famiglia, alla cui prosperità e concordia di propositi io bevo, facendo i voti più ardenti di felicità, ed augurando a tutti di rivederci presto nel prossimo anno nell' Alma città dei sette colli, nella nostra eterna Roma! Hoch! Dreimal Hoch!

**Nenadović** aus Pancsova erhebt sein Glas im Namen der **Aerzte der Serben zu einem Toast auf das Wohl der deutschen** Wissenschaft und der Träger derselben.

So lange der glückliche Westen in den frühesten Jahren im Stande war, die Wissenschaft zu pflegen und Schulen zu errichten, musste die serbische Nation mit den Waffen in der Hand gegen das Vordringen der wilden asiatischen Horden kämpfen, welche nicht nur die Stätten der Wissenschaft im serbischen Reiche sondern das serbische Reich selbst zu Grunde gerichtet hatten.

Nach diesen schweren Kämpfen waren die serbischen Jünglinge gezwungen, nach allen Richtungen der Welt sich zu zerstreuen, um an fremden Schulen ihre wissenschaftliche Ausbildung zu holen. Der grösste Theil kam auf die deutschen Universitäten, wo sie an der warmen Brust der deutschen Alma mater ihre geistige Nahrung sogen, um sie in ihrem Vaterlande zu verbreiten.

Aus grosser Dankbarkeit für diese erwiesenen Wohlthaten erhebe ich mein Glas im Namen der Aerzte der Serben auf das Wohl der deutschen Wissenschaft und der Träger derselben mit der Hoffnung, dass Sie den Serben behilflich sein werden auch zur Errichtung der serbischen Alma mater.

**Joannu.** Περικλεὴς καὶ σοφὴ ὁμήγυρις! Ἐπιτραπήτω μοι λαλῆσαι ἐν ὀνόματι τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, ὅπερ παρὰ τοῦ σοφοῦ Προέδρου τοῦ ἡμετέρου Συνεδρίου, Καπόσιος τοῦ πάνυ, ἐκπροσωπῆσαι κέκλημαι.

Οἱ ἀρχαῖοι Ἕλληνες πᾶσι πάσης ἐπιστήμης καὶ γνώσεως διδάσκαλοι ἐγένοντο, καὶ δὴ ἡμῖν τοῖς ἰατροῖς, οἱ μεγάλοι ἐκεῖνοι ἀρχαῖοι Ἕλληνες Ἱπποκράτης, Γαληνός, Ὀρειβάσιος, Αέτιος, Παῦλος ὁ Αἰγινήτης καὶ σύμπασα ἡ λοιπὴ σεπτὴ καὶ περίπυστος πλειὰς τῶν ἀνδρῶν, ὧν τὰ ἐλάχιστα ἡμῖν περισωθέντα συγγράμματα κτῆμα ἐς ἀεὶ καὶ θαυμασμὸς πᾶσι τοῖς ἔθνεσι παραμένουσι. Ἡ δὲ κατὰ τὸν μεσαίωνα πανταχοῦ γῆς ἐνσκήψασα βαθεῖα ἀχλὺς ἐπὶ μακρὸν ἂν ἔτι χρόνον ἐπεπρόσθει τῇ τοῦ ἀνθρωπείου πνεύματος προόδῳ, εἰ μὴ τὰ ἀθάνατα συγγράμματα τῶν ἀρχαίων Ἑλλήνων περιεσώζοντο. Τῇ τούτων σπουδῇ καὶ μελέτῃ τοσοῦτοι καὶ τηλικοῦτοι περικλεεῖς καὶ σοφοὶ ἀνέθορον ἄνδρες Γερμανοί, Γάλλοι, Ἄγγλοι, Ἰταλοί, Ἀμερικανοί καὶ εἴ τις ἄλλος, νέαν ὁδὸν τῇ τε ἐπιστήμῃ καὶ τῇ τέχνῃ διαγράψαντες καὶ τὴν ἐν Εὐρώπῃ πρόοδον ἐν πάσῃ γνώσει τελεσιουργήσαντες. Ἡ Ἑλλὰς τότε ἐν πνευματικῷ ζόφῳ διατελοῦσα ἀνέστη ἐπ' ἐσχάτων, πολλὰς μυριάδας ἀνδρῶν ἐν δεκαετεῖ ὑπὲρ ἐλευθερίας ἀγῶνι θύσασα, ἀλλὰ καὶ τῇ τῶν σοφῶν καὶ φιλελλήνων πανταχοῦ τῆς Εὐρώπης συνεργείᾳ. Ὁ ἅμα καὶ ποιητὴς Βασιλεὺς τῆς Βαυαρίας Λουδοβῖκος, ὁ πολὺς καὶ μέγας Ἐκεῖνος τῶν Βιτελσβάχων γόνος, ἔψαλλε τὸν τῆς Ἑλλάδος ἀγῶνα, δωρήσας ἅμα αὐτῇ καὶ τὸν πρῶτον Βασιλέα, τὸν πεφιλημένον υἱὸν Αὐτοῦ Ὄθωνα. Ὑπὸ τὸ σκῆπρον Τούτου πᾶσα ἡ ἡμετέρα πνευματικὴ ἀνάπτυξις τεθεμελίωται. Τοιούτων ἀγαθῶν γευσάμενοι, ὁμολογοῦμεν πολλὰς τὰς χάριτας τοῖς τε Γερμανοῖς καὶ πᾶσι τοῖς λοιποῖς ἔθνεσι, τοῖς ἡμᾶς ὁπωσδήποτε εὐεργετήσασι.

Τῆς ἀϊδίου ἡμῶν εὐγνωμοσύνης πᾶσι ὑμῖν διαπρυσιος κήρυξ γινόμενος, ὑψῶ τὸ ποτήριον τοῦτο.

Zum Schlusse ergreift Professor **Neisser** das Wort, um in launigen Worten der Damen Wiens, denen der Congress hauptsächlich die wunderbare Gastfreundschaft, die allen Congressmitgliedern zu Theil geworden ist, verdankt, zu gedenken. Aber indem er von dem »Hauptmann und Vater der Compagnie,« dem Vorsitzenden Kaposi, sich wendet zum Feldwebel, der »Mutter der Compagnie«, dankt er dem Generalsecretär Riehl für seine so überaus liebenswürdige und bereitwillige Hilfe, die er allen Congressmitgliedern hat zu Theil werden lassen, und schliesst mit einem Toast auf die Damen, insbesondere die sonst so männliche Mutter der Compagnie, den Generalsecretär Riehl.

**Riehl**: Einige der Herren Vorredner hatten die Liebenswürdigkeit meiner bescheidenen Verdienste um das Gelingen unseres Congresses in freundlichen Worten zu gedenken. Ich kann Ihnen

dafür nur herzlich danken und Sie versichern, dass ich mich durch den schönen Erfolg und durch die allgemeine Zufriedenheit der Congressmitglieder für die Mühen, welche die Vorbereitungen verursachten, reichlich belohnt halte.

Dass Professor Neisser meine Persönlichkeit im Zusammenhange mit den Damen genannt, empfand ich als besonders schmeichelhaft, nur befürchtete ich von ihm etwa als »sage femme« bezeichnet zu werden. So aber kann ich als glückliche Congressmutter nicht umhin, neuerdings auf die liebenwürdige Hilfe hinzuweisen, durch welche unsere fremdländischen Herren Secretäre und viele einheimischen Collegen mir die Geburt des Congresses erleichtert haben, und drücke jetzt, wo Kind und Mutter den Umständen angemessen wohl sind, allen ärztlichen Beiständen nochmals meinen Dank aus.

*

**Ausflug auf den Kahlenberg.** Trotz des frostigen und trüben Wetters fuhren circa 100 Congressmitglieder am 9. September 4 Uhr Nachmittags sammt ihren Frauen mit einem Extrazuge vom Schottenring auf den Kahlenberg, woselbst der grosse Saal des Hôtels für den Empfang der Gäste bereit gehalten wurde. Bei den Klängen einer Militärkapelle wurde das Abendmahl eingenommen und lebhaft conversirt. Nach beendigtem Mahle ertheilte der Präsident das Wort zur Begrüssung der Gäste dem Führer des Ausfluges, Prim. Mraček. Dieser erinnerte in seiner Ansprache die Anwesenden an die für Wien so bedeutungsvolle historische Stätte, von der aus die Befreier Wiens der bedrängten Stadt zu Hilfe eilten.

Er verglich die Dermatologen mit den Kriegern von damals und schloss mit dem Wunsche, dass die Krieger der Wissenschaft von heute mit einem ebenso beseeligenden Gefühle im Herzen Wien verlassen mögen, wie es die siegreichen Befreier Wiens davontrugen, und erhob sein Glas auf das Wohl der fremden Congressmitglieder. Da eine grosse Anzahl der Gäste, Franzosen, Italiener u. s. w. der deutschen Sprache nicht mächtig waren, benützte der Präsident diesen Umstand, um in französischer Sprache dasselbe Thema in einem heiteren Toaste vorzubringen. Diesem folgte Boeck aus Christiania, welcher an seinen Meister und Lehrer Hebra erinnerte. Ferner sprachen Prof. de Amicis aus Neapel im Namen der Gäste aus dem Süden. Es wurden dann noch mehrere Toaste ausgebracht. Die Unterhaltung war sehr animirt, und um 10 Uhr fuhren die Ausflügler bei etwas klarerem Himmel, von den Klängen der Musik begleitet, mit dem Separattrain stadtwärts.

*

**Ausflug nach Budapest.** (10.—12. September 1892.) Unter den Programmpunkten, welche von Seite des Organicomités aufgestellt wurden, war als Schlusspunkt eine Excursion nach Budapest, der Schwesterstadt Wiens, in Aussicht genommen worden. Seitens der Herren Collegen aus Budapest war die Idee, den Congress in corpore oder wenigstens einen Theil seiner Mitglieder in ihrer Heimatstadt empfangen zu können, mit grosser Freude aufgenommen und sofort ein Empfangscomité gebildet worden. Die Zahl der Theilnehmer, welche sich an diesem Besuche betheiligten, war eine ziemlich bedeutende; es fanden sich über 70 Congressmitglieder bereit, nach den Mühen der wissenschaftlichen und der gesellschaftlich gleichfalls anspruchsvollen Thätigkeit, die ungarische Capitale zu besuchen.

Einige Stunden nach officiellem Schluss des Congresses, fand sich der grösste Theil der Theilnehmer in den Wartesälen der össerreichisch-ungarischen Staatsbahn ein, um die Reise von Wien nach Budapest anzutreten. Professor Schwimmer, welcher als einer der ständigen Comitémitglieder des Congresses gleichsam die andere Reichshälfte vertrat, hatte im Vereine mit einigen jüngern Fachcollegen ein Programm zusammengestellt, welches den für zwei Tage berechneten Aufenthalt in Budapest vollkommen auszufüllen bestimmt war, und welches nebst wissenschaftlichen und geselligen Zusammenkünften auch gleichzeitig die Besichtigung einzelner hervorragender und nennenswerther Sehenswürdigkeiten in sich fasste.

Am 11. September, Morgens 8 Uhr, versammelten sich in Pest sämmtliche Theilnehmer in dem Kiosk, an einem der schönsten Punkte des Donauufers, mit reizvollem Blick über Ziergärten auf die Hügelkette des Ofener Gebirges mit dem Königsschloss etc. Die Gäste und die Damen der Gesellschaft bestiegen die bereitstehenden Wagen, um nach einer schönen Rundfahrt über die neu angelegten, breiten und von Palastreihen eingesäumten Ringstrassen, das neue Krankenhaus im Nordosten der Hauptstadt zu besuchen. Kurz vor Ankunft der Gäste hatten sich alle Aerzte der Anstalt sammt dem Verwaltungspersonal und dem Director-Stellvertreter, sowie dem Chef des hauptstädtischen Sanitätswesens in dem grossen Sitzungssaale des Krankenhauses versammelt, um die fremden Gäste corporativ zu empfangen. Professor Schwimmer richtete eine Ansprache an die Gäste, in welcher er seiner Freude darüber Ausdruck gab, dass eine so stattliche Zahl der in Wien versammelt gewesenen Congressmitglieder der Einladung gefolgt war, um sich nicht nur von dem Aufblühen der

zweiten Residenzstadt des Reiches zu überzeugen, sondern auch Kenntniss zu nehmen von dem Stande und der Pflege, deren sich die Dermatologie in der ersten Universitätsstadt Ungarns erfreut. Er hob weiters hervor, dass es den meisten der jetzt lebenden Dermatologen vielleicht nicht bekannt sein dürfte, dass die Wiege der heutigen Dermatologie in Budapest gestanden. Es ist nämlich etwas über 100 Jahre her, sagte Professor Schwimmer, dass kurz, nach der Verlegung der Tyrnauer Uuiversität nach Ofen durch Kaiserin Maria Theresia, Josef Jacob Plenk, im Jahre 1776 sein berühmtes Werk »Doctrina de morbis cutaneis« hier verfasst und edirt hat. Bekannt ist, dass dieses systematische Lehrbuch die Grundlage für die Studien und Arbeiten von Willan und Bateman bildete, welche als die weiteren Begründer unserer Specialwissenschaft zu gelten haben, und durch deren Thätigkeit diese Doctrin erst ihre grundlegende Bedeutung erlangt hatte. So wurde dann der Aufbau der französischen Dermatologie ermöglicht und so kam es einige Jahrzehnte später zur Gründung der berühmten Wiener dermatologischen Schule. Doch währte es, fuhr Redner fort, mehr als ein Säculum, bis die Lehre von den Hautkrankheiten auch in Ungarn eine Pflanzstätte gefunden hatte, und während einerseits das Unterrichts-Ministerium die Pflege der bei uns ganz brach gelegenen Specialwissenschaft förderte und die Errichtung einer Lehrkanzel eben im Laufe des jetzigen Jahres ausführte, hatte die hauptstädtische Verwaltung bei Erbauung des nach den modernsten hygienischen Grundsätzen eingerichteten allgemeinen Krankenhauses für die Unterbringung und Behandlung der Hautkranken zwei grosse Pavillons mit einem Belegraum von circa 120 Betten bestellt. Professor Schwimmer hiess schliesslich alle fremden Gäste herzlich willkommen, und forderte dieselben zum Besuche seiner klinischen Abtheilung auf.

Nachdem Professor Hardy im Namen sämmtlicher Anwesenden in herzlichen Worten seinen Dank für die freundliche Aufnahme ausgesprochen, begab sich die gesammte Gesellschaft durch den grossen Park, in dem ausser acht grossen Krankenpavillons noch die anderen Ubicationen für Bäder, Küche, Maschinenhaus etc. sich befinden, auf die dermatologische Abtheilung.

Das Krankenmaterial bot den vielbesprochenen Besuchern aller europäischen Culturzungen reichliche Gelegenheit zu gegenseitigem Meinungsaustausch und fachmännischen Discussionen. Einige Fälle von Pemphigus universalis, Pityriasis rubra, Ichthyosis congenita, seltenen Fällen von universellem Lupus, Haut-

sarkom u. s. w. dienten zur Folie, um über diagnostische und therapeutische Momente sich zu äussern. Ganz besonderes Interesse erregte ein Fall, der von Schwimmer als Lymphodermia cutanea universalis bezeichnet wurde.

Das kleine Museum, welches Professor Schwimmer angelegt hatte, und welches eine grosse Zahl von (in natürlicher Grösse) vortrefflich ausgeführten Aquarellbildern und naturgetreuen Photographien enthält, fand den ungetheilten Beifall aller Fachmänner. In gleicher Weise auch die schön ausgeführten Moulagen, welche seit kaum einem Jahre von Dr. Sziklai, einem der Externisten der Abtheilung, verfertigt wurden. Letztere Sammlung enthält einige sehr schöne Nachbildungen der häufiger, sowie der seltener vorkommenden Krankheitsformen (universelles Pigmentsarkom der Haut, Rhinosklerom, verschiedene wenig gekannte Granulationsbildungen der Kopfhaut u. s. w.).

Nachdem die Congressmitglieder durch nahezu zwei Stunden im Krankenhause verweilt und auch einige für interne und chirurgische Krankheiten bestimmte Pavillons, sowie das unter Leitung des Professors Pertik stehende bakteriologische Institut besichtigt hatten, war das wissenschaftliche Programm des ersten Tages erschöpft. — Am nächstfolgenden Tage (12. September) wurden die neugebauten internen und chirurgischen Universitätskliniken, das musterhaft geleitete Kinderspital, der Neubau der Freiwilligen Rettungsgesellschaft und die diversen Polikliniken für Haut- und venerische Krankheiten der Doctoren Havas, Róna, Török und Basch besichtigt.

Im Rahmen des Programms war auch der Besuch einzelner, die fremden Gäste interessirender Etablissements in Aussicht genommen. In erster Linie die weltbekannten Bitterquellen Saxlehner's (Hunyadi János), wo man die vorzüglichen Einrichtungen der Füllung und Versendung dieses in allen Weltgegenden bekannten Heilwassers zu besichtigen Gelegenheit hatte. Weiters wurde auch in Verbindung mit einer Donaufahrt ein Ausflug auf die inmitten des breiten Stromes romantisch gelegene Margaretheninsel unternommen, die vorzüglich und luxuriös ausgestatteten Bade-Etablissements besichtigt, in deren Nähe die aus einem artesischen Brunnen strömenden, in ungeheuerer Massenhaftigkeit ergiessenden Schwefelthermen sich befinden.

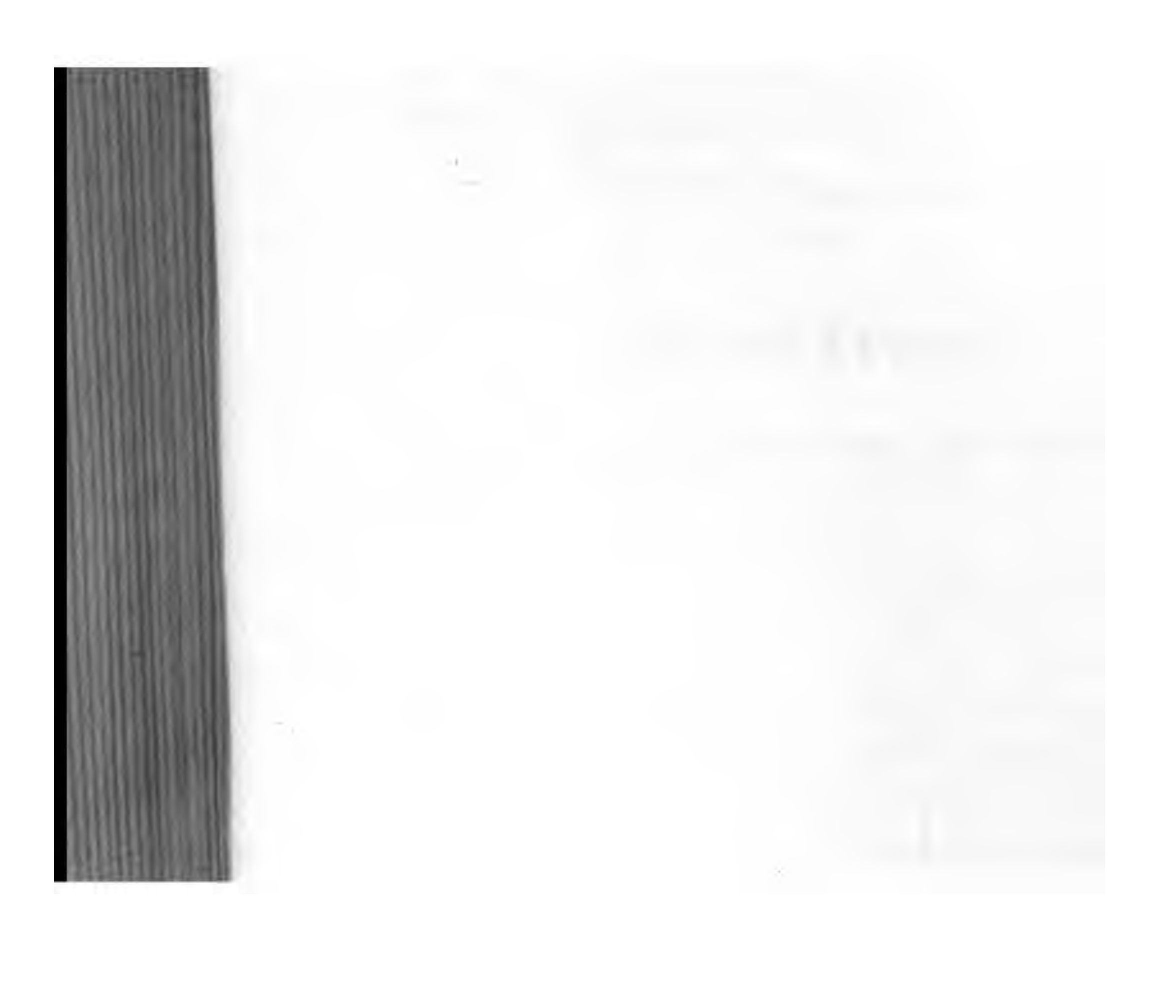
An den beiden Besuchstagen, welche die Fremden in Budapest verbrachten, fehlte es nicht an geselligen Vergnügungen. Während am ersten Tage auf dem Territorium des Saxlehner'schen Eta-

blissements den Gästen ein opulenter Lunch von den Quellenbesitzern dargeboten wurde, hatten die Dermatologen der ungarischen Hauptstadt am zweiten Tage alle anwesenden Mitglieder auf der Margaretheninsel zu einem collegialen Diner geladen. Der Führer der Excursion nach Budapest, Professor Schwimmer, hatte, in gleicher Weise wie Professor Kaposi in Wien, die gesammten Excursionsmitglieder in seinem Hause zu einem Rout versammelt, bei welchem ausser einigen Vertretern des hauptstädtischen Municipiums auch Herr von Berzevitzy, der Staats-Secretär des Ministeriums für Cultus und Unterricht, sich eingefunden hatte. Dass es bei den gastlichen Gelegenheiten an heiteren Trinksprüchen nicht mangelte, ist selbstverständlich. Die Stimmung des cordialen und geselligen Beisammenseins wurde zweifelsohne erhöht durch die feurigen Ungarweine und die zündenden Weisen der Zigeunerkapelle, welche in Ungarn den nie fehlenden Hintergrund freudiger und geselliger Zusammenkünfte bilden.

*

Der gleichfalls für den Schluss der Congresswoche in Aussicht genommene Ausflug auf den Semmering entfiel in Folge ungünstiger Witterung.

# AUSSTELLUNG.



Auf Beschluss des Organisations-Comité wurde gleichzeitig mit dem Congresse eine Ausstellung wissenschaftlicher, literarischer und therapeutischer, auf die Dermatologie bezüglicher Gegenstände veranstaltet.

Das Verdienst, diese Ausstellung inscenirt und trotz mancher Schwierigkeiten zu einer Sehenswürdigkeit ausgestaltet zu haben, gebührt fast ausschliesslich Herrn Dr. Hans Heger, der seine erprobte Erfahrung und allen Fleiss und Mühe für diesen Zweck in der liebenswürdigsten Weise zum Gedeihen des Unternehmens einsetzte.

Wir können hier nur eine Uebersicht über die scientifische Ausstellung geben, und müssen auf eine detaillirte Beschreibung aller exponirten Objecte verzichten.

Die Ausstellung war in zwei unmittelbar neben dem grossen Festsaale der Wiener Universität befindlichen Sälen untergebracht, von denen der grössere (der Promotionssaal) die wissenschaftlichen Objecte, Abbildungen, Moulagen, anatomische Präparate, wissenschaftliche Instrumente und Utensilien, dann die Literatur und die Balneologie umfasste, während der kleinere Saal chemische und pharmaceutische Producte nebst Verbandstoffen enthielt.

Beim Eintritte in den Promotionssaal — von der Aula aus — fanden die Besucher gleich neben der Thür rechts die Wiener chirurgischen Kliniken der Herren Professoren Albert und Billroth vertreten.

Die Vorstände dieser Kliniken hatten eine Anzahl Bilder ihrer reichen Sammlungen dem Organisations-Comité überlassen. Künstlerisch und medicinisch in vollkommener Weise ausgeführte Aquarelle, Zeichnungen und Oelgemälde veranschaulichten eine Reihe von Hautaffectionen (Tumoren, Ulcerationsprocesse etc.), wie sie die Dermatologen nur selten zu sehen bekommen. Besonderes Interesse erregten bei der jüngeren Generation von Aerzten die vor-

züglichen Bilder vom Spitalsbrand, ältere Bilder von seither als eigenartige Krankheiten beschriebenen Dermatonosen, Handzeichnungen Billroth's etc. Die Sammlung bedeckte die Querwand rechts neben der Eingangsthür.

An diese Ausstellung der Wiener chirurgischen Kliniken schloss sich — gleichfalls rechts — die Ausstellung des Hôpital St. Louis in Paris, welche in einem mit der französischen Tricolore geschmückten eleganten Wandschrank die prachtvollsten Moulagen enthielt, die überhaupt je gesehen wurden.

Die vollendete Naturtreue dieser Kunstwerke Baretta's ist genügend bekannt. Die Collection erregte das grösste Interesse, weil sie viele neue, erst nach dem I. Intern. Dermatologen-Congresse angefertigte Moulagen enthielt, und manche von den ausgestellten Objecten Nachbildungen von in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren beschriebenen Fällen präsentirten.

Das Arrangement dieser Ausstellung hatte Dr. H. Feulard übernommen. Sie enthielt folgende Nummern:

Collection générale. Pityriasis pilaire de Devergie. — Chancre syphilitique phagédénique de la verge. — Lichen plan de la main. — Gale pustuleuse. — Lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse. — Melanodermie papillomateuse cachectique. — Angiokératomes des mains. — Lupus exanthématique en foyers multiples. — Lichen plan circiné. — Farcinose mutilante de la face chez un palefrede 25 ans. — Hydroa lingual. — Chancre siphilitique du poucenier droit. — Toxicodermie bromo-potassique. — Rhinosclérome. — Trichophytie de la paume de la main. — Pityriasis rubra pilaire. — Mycosis fongoïde. — Lichen scrofulosorum avec cicatrice tuberculeuse. — Pemphigus foliacé. — Erythrodermie innominée. — Lichen plan. — Sarcome du bras avec lymphangite infectieuse. — Trichophytie sycosique de la barbe. — Ichthyose. — Chéloïdes. — Lichen plan scléreux.

Collection particulière de M. le Pr. A. Fournier. Hydroa buccal. — Syphilides ulcéreuses chancriformes. — Lupus du voile du palais. — Syphilide ulcéreuse chancriforme (pseudochancre induré de récidive).

Eine Anzahl unter Glas und Rahmen befindlicher Aquarelle nebst einer Aufnahme des I. Internationalen Dermatologen-Congresses in Paris (1889) war rechts und links von den Moulagen exponirt.

An derselben Wand befand sich die Ausstellung von Wiener Moulagen (Eigenthum der verschiedenen Kliniken und Abtheilungen).

Arbeiten des Herrn Dr. Henning, von welchen manche den französischen als ebenbürtig zu bezeichnen sind. Die Sammlung enthielt theils Schulpräparate, theils besonders seltene Specimina.

Von der Klinik Kaposi: Fibrosarcomata cubiti. — Herpes tonsurans iris. — Psoriasis vulgaris. — Carcinoma in lupo. — Syphilis frambösioides. — Acne necrotisans. — Brom-Acne. — Herpes tonsurans maculosus. — Purpura rheumatica. — Actinomycosis faciei. — Pemphigus miliaris. — Pemphigus foliaceus. — Milium. — Ichthyosis hystrix plumiformis. — Favus. — Verrucae manus. — Lichen ruber planus.

Von der Klinik Neumann: Syphilis cutanea vegetans. — Gumma ossis. — Herpes tonsurans. — Leucoderma syphiliticum, Leucoderma papulosum gyratum — Papulae exulcerantes. — Ulcera tuberculosa linguae. — Mycosis fungoides. — Ulcera gummosa. — Psoriasis palmaris syphilitica. — Exanthema papulosum universale. — Gummata cruris exulcerata. — Sycosis parasitica. — Lichen ruber planus. — Psoriasis vulgaris. — Sclerosis digiti. — Psoriasis vulgaris digitorum et unguium. — Pityriasis pilaris. — Sclerosis labii inferioris. — Gummata nasi.

Von der Abtheilung Riehl: Fungus cutis, Amputationsstumpf des Oberschenkels. — Mycosis fongoïde d'emblée. — Eczema scrophulosorum, *a*) Stamm, *b*) Oberschenkel.

Von der Abtheilung Hanns R. v. Hebra: Multiples Keloid. — Lupus vulgaris. — Xanthoma tuberosum universale. — Pellagra. — Lichen ruber planus. — Hyperkeratosis palmae manus et plantae pedis. — Pityriasis rubra pilaris. — Lupus vulg. faciei.

Von der Abtheilung Lang: Periostitis gummosa olecrani. — Folliculitis ulcerosa syphilitica nasi. — Lupus tumidus. — Ulcus tuberculosum glandis.

Von der Abtheilung Mraček: Tuberculosis cutis. — Epithelioma cicatricans faciei.

Von der Abtheilung des Doc. Dr. Grünfeld: Syphilis cranii. — Papulae luxuriantes.

Von der Klinik des Hofr. Prof. Billroth: Actinomycosis, mit Durchbruch in die Lunge. — Contracturen in Folge von Verbrennung. — Epitheliom des linken Oberarmes.

Von der Klinik Albert: Impftuberculose, Verletzung und Infection mittelst Nadelstiches. — Carcinom der rechten Ohrgegend. — Actinomycosis. — Melanosarcoma faciei.

Von der Klinik Schauta: Adnexentumor, operativ entfernt.

Von der Klinik Chrobak: Tubentuberculose. — Adnexentumoren, die operativ entfernt wurden.

Von der Klinik Widerhofer: Eczema bullosum. — Lues hereditaria, papulo-pustulöses Syphilid der Stirne.

---

Neben diesen Moulagen hatte das pathologisch-anatomische Institut der Wiener Universität in vier grossen Kästen anatomische Präparate von Hautkrankheiten und Syphilis ausgestellt.

Es war durch die besondere Liebenswürdigkeit des inzwischen verstorbenen Chefs des Instituts für pathologische Anatomie Herrn Prof. H. Kundrat gestattet worden, für den Dermatologen-Congress aus dem pathologisch-anatomischen Museum der Wiener Universität Präparate zur Ausstellung auszuwählen. Die Ausstellung enthielt:

Necrosis syphilitica ossium capitis. 21 Präparate. — Syphilis gummosa ossium. 2 Präparate. 34j. M. — Gummata humeri. 33j. W. — Gummata in humero, Fractura spontanea. 38j. W. — Gummata humeri et tibiae. 50j. W. — Gummata radii. 31j. M. — Ostitis gummosa cum carie. 43j. W. — Osteophytes humeri. 54j. W. — Resectio capitis humeri lue affecti. 45j. M. — Pseudarthrosis humeri sin. e necrose syphilitica. 68j. M. — Ulcus cruris e necrose tibiae luetic. 24j. M. — Gumma sterni. — Necrosis radii e lue. — Gonitis syphilitica heredit. — Ulcus cruris e necrosi tibiae luet. — Pseudarthrosis humeri post necros. syph. et fractur. spontan. — Gummata caudae equinae 53j. W. — Infiltratio gummosa lob. frontal. durae matris et ossis frontalis. 30j. M. — Encephalomalacia post endarteritidem luetic. 64j. M. — Syphilis tracheae. 28j. M. — Cicatrices tracheae syphiliticae. 50j. M. — Stenosis pharyngis et laryngis e lue 18j. W. — Syphilis laryngis cum stenosi. — Syphilis linguae et laryngis. 13j. M. — Gummata hepatis. 46j. M. — Syphilis hepatis. — Hepar granulatum e lue hered. — Syphilis gummosa hepatis. — Syph. hepatis neonati. — Hepar lobatum syph. adulti. — Necrosis centralis lienis ex obliteratione arteriae lienalis post endarteritidem syphiliticam 49j. M. — Gumma lienis 64j. W. — Cicatrices ilei et jejuni post luem 62j. W. — Infiltrationes et ulcera syphil. intest. tenuis cum perforationi jejuni. — Ulcera syph. intestini tenuis. — Gumma testiculi. 2 Präparate. — Syphilis cordis. 2 Präparate. — Elephantiasis



man. e lue. — Lepra faciei. 50j. M. — Lepra manus. — Lepra pharyngis et laryngis. — Lepra ventriculi. — Lepra ilei et glandul. lymph. — Lepra testiculi. — Tuberculosis subacuta cutis. 36j. M. — Lupus vulg. laryngis. 23j. W. — Scleroma laryngis et pharyngis. 40j. M., 41j. W., 30j. W. — Mycosis fungoides cutis. 2 Präparate. Fall Neumann. — Mycosisfungoides cutis et testiculi. — Mycosis fungoides. Fall Kaposi. — Naevus dorsi. 14j. W. — Naevus teleangiectodes. 7 m. K. — Naevus neonati. — Naevus meningum. — Osteoma penis. 50j. M. — Carcinoma in cicatrice. — Carcinoma penis. 5 Präparate. — Tumores nodosi et papill. cutis metastatici (Scirrhus ventriculi). 2 Präparate. — Carcinoma perinei. 32j. M. — Cylindroma epitheliale regionis scapul. — Endothelioma cutis. — Cornu cutaneum (Cretin). — Malum perforans pedis. 40j. M. — Noma. — Pemphigus vegetans. — Exanthema post diphtheritidem.

Herrn Professor Paltauf hatte die Aufstellung der Präparate überwacht, und gab in der liebenswürdigsten Weise Aufschlüsse über dieselben. Zweimal während der Dauer des Congresses wurden durch ihn alle ausgestellten Präparate demonstrirt und erläutert.

Die Moulagen und anatomischen Präparate bedeckten die ganze rechte Längswand des Promotions-Saales.

Links vom Eingange war zunächst das k. und k. Militär-Thierarznei-Institut placirt. Prof. Csokor hatte in einer Reihe von ausgezeichneten Präparaten eine Uebersicht der Hautparasiten der Hausthiere und der durch diese hervorgerufenen Hautkrankheiten ausgestellt, ferner Moulagen, mikroskopische Präparate, Abbildungen etc. Prof. Schindelka hatte 13 sehr hübsch ausgeführte Aquarelle von Hautkrankheiten der Thiere in zwei Abtheilungen exponirt.

Unmittelbar daneben befand sich eine grosse Zahl von auf Dermatologie und Syphilis bezüglichen medicinischen Werken nebst Abbildungen aus Atlanten etc. der Wiener Buchhandlungsfirmen Braumüller, Perles und Safař ausgestellt.

Herr Dr. Eder liess den Bericht über seine Heilanstalt gratis vertheilen.

Theils zwischen, theils unter den Fenstern waren ferner noch an der linken Wand exponirt von:

Ing. Novelly & Comp. (Wien) ein patentirter Waschtisch mit Fusstritt-Mechanismus für Operationssäle (mit Warm-, Kalt- und Heiss-Wasserleitung und Oeffnung der Ventile durch Pedale).

Goudendag frères (Paris) medicinische Instrumente.

Josef Leiter (Wien), medicinisch-chirurgische und elektrische Instrumente und Apparate für Urethro- und Cystoskopie, orthopädische Maschinen, Apparate zur elektrischen Beleuchtung der Körperhöhlen etc.

Rud. Siebert, k. k. Hoflieferant (Wien): Eine reiche Auswahl aller Geräthe und Utensilien für mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen, dann Hautstifte etc. etc.

Reiniger, Gebbert & Schall (Wien): Diverse elektrotherapeutische Apparate, Instrumente und Utensilien.

Apotheker Marian Zahradnik (Jezierna, Galizien): Das Modell eines praktischen Giftkastens mit Sicherheitsvorrichtungen und entsprechenden Giftgefässen, um Verwechslungen starkwirkender Arzneimittel vorzubeugen.

Carl Moller (Wien) hat ein Urin-Untersuchungs-Apparat ausgestellt.

Schulmeister (Wien) eine grosse Anzahl von Apparaten und Utensilien, insbesondere ein Zweizellenbad nach Prof. Gaertner (zur Einführung von Medicamenten [Hg und Fe] in den menschlichen Körper).

Heynemann (Leipzig) diverse elektro-therapeutische Apparate, chirurgische Instrumente etc. hauptsächlich für Elektro-Urethroskopie und Behandlung chronischer Harnröhren-Erkrankungen.

Dr. Ihle (Leipzig) einen dermatologischen Operationstisch und verschiedene hygienische Spucknäpfe (an die Wand zu hängen), mit Einsatz und daher leicht zu reinigen.

H. Ehrlich (Wien) Dr. Grim's elektro-therapeutischen Apparat gegen das Bettnässen, Wolters (Wien) Prof. Dr. Lang's Endoskop und Reichert (Wien) einige dermatotherapeutische Instrumente.

Ferner Ewald Hildebrand (Halle a. S.) Krankenthermometer, Secunden-Präcisions-Thermometer, Reichs-Normal-Thermometer in eleganter Nickelhülse etc.

C. Reichert einer ganze Reihe von neuen vorzüglichen Objectiv-Systemen.

Merker & Ebeling (Wien) Mikroskope, Mikrotome und mikroskopische Nebenapparate.

Im Fond des grossen Saales, rechts und links von dem überlebensgrossen Kaiserbilde, waren Quellenproducte placirt.

Links das Jodbad Lipik (Slavonien), die einzige heisse Jodquelle (64° C.), welches zahlreiche Photographien des Curparkes, des neuen Badehauses, der Wandelbahn etc. zur Ausstellung geschickt hatte, sowie eine Anzahl Flaschen des natürlichen Jodwassers der Lipiker Jod-Thermalquelle, Lipiker Thermal-Pastillen, Lipiker Thermal-Salz, welches seit circa einem Jahre im Grössern erzeugt wird.

Neben Lipik hatte die Firma Andreas Saxlehner aus Budapest ihr weltbekanntes Hunyady-Janos-Bitterwasser ausgestellt.

Rechts von dem Kaiserbilde waren von der Firma H. Mattoni zahlreiche Mineralwässer und Quellenproducte exponirt, insbesondere Giesshübler Wasser, Guber-Quelle, Eisenmoorsalz, Moorerde, Moorlauge, Bitterwasser, Jodwässer und Jodsalz etc.

Dr. W. Sedlitzky (Salzburg) hatte Halleiner Mutterlaugen-Salz exponirt.

Beim Eintritt in den kleineren Saal (aus dem Promotions-Saale kommend) befand sich Victor Höfer's (Wien) Hautpulver in drei Sorten: Streupulver für Kinder, Toilettepulver und Streupulver gegen Fussschweiss, etc.

Kahnemann & Krause exponirte Verbandstoffe und Kautschukpflaster, Anton Grohs v. Fligely (Wien), der Entdecker und erste Erzeuger der Gelatine-Präparate, seine bekannten Gelatine-Bougies, Suppositorien, Vaginalkugeln etc.

Die Allgemeine Wiener Poliklinik hatte eine Collectiv-Ausstellung arrangirt, zumeist Erzeugnisse der Firma „Austria" des Herrn Hans Turinsky, des Apothekers Carl Farny (Glycerinum saponatum und dessen Präparate), der Firmen Waldek, Wagner & Benda (Suspensorien), Franz Marconi (dermatologischen Spray-Apparat) und Apotheker B. Rothziegel (Epidermin-Präparate). Von der Firma „Austria", waren Collemplastra (Kautschukpflaster) gestrichene Pflaster, Verbandstoffe und andere dermatologischen Präparate und Glycerinsuppositorien des Herrn Apothekers Ed. Binder aus Wien.

Der Ausstellungskasten der Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Comp. (Hamburg), war wegen der Choleragefahr vor der Aufstellung sammt dem ganzen Inhalte gründlich desinficirt worden. Er führte nicht allein die fertigen Ichthyol-Präparate, sondern auch die verschiedenen Phasen, welche dieselben vorher durchzumachen haben, vor.

Neben der Ichthyol-Gesellschaft, gleich rechts vom Eingange aus dem Festsaale, hatten die Farbwerke von Meister, Lucius und

Brüning in Höchst a./M. Muster ihrer Erzeugnisse Alumnol (von Dr. Heinz und Dr. Liebrecht, Alumnol-Salbe, -Plaster, -Stifte), sowie Dermatol- und Tumenol-Präparate ausgestellt.

Die Firma J. Odelga (Wien) Watta in Portionen-Packung einen Sterilisir-Apparat mit Trockenvorrichtung für Verbandstoffe und chirurgische Instrumente nach dem System Dr. Kowalski-Odelga.

Barber (Wien) gestrichene Pflaster, Seifen und Verbandstoffe.

Die Verbandstofffabrik »Aesculap« von Sans und Peschka (Wien) antiseptische Präparate. Baumwolle in den verschiedensten Stadien der Zubereitung (roh, gebleicht und geschlagen — bis zum fertigen Product —). Ferner neuartige Thermometer, Subcutan-Injections-Spritze, antiseptische Mittel etc. etc.

R. Jacobi (Baden-Weikersdorf) Verbandstoffe und gestrichene Pflaster.

Heinr. Sachs (Berlin) Medicinalstifte; J. D. Stiefel (Offenbach a. M.) eine Collection medicinischer Seifen.

Schülke & Mayr (Wien und Hamburg), Lysol und Kemmerich's Fleisch-Extract, Fleisch-Pepton und die umfangreiche Literatur über diese Präparate.

**G. Hell & Comp. (Troppau und Wien) Hydrargyrum tannicum oxydulat. Jodoformium bituminatum, Pulvis aspersorius** Diachylon, überfettete medicinische Seifen (Resorcin-, Salicylresorcinschwefel-, Salicylresorcinschwefeltheer-, Chinin-, Hydroxylamin-, Jodoform-, Creolin-, Ergotin-, Jod- und Salicylkreosot-Seife), dann Berger's neutrale medicinische Seife (Theer- (40%), Theerschwefel- (30 + 10%), Carbol- (5%), Sublimat- (1%), Naphtol- und Vaselinschwefelseife), Vaselin in fünf verschiedenen Medicinal-Sorten (alb., flav., flav. viscos. fest, flav. viscos. weich und V. lanolinatum mit 25% Lanolin), dann Verbandstoffe, einige neuere Eisen- und Eisen-Mangan-Präparate Liq. Ferri. album. Hell, L. f. pepton. H., L. F. sacchar. H., Liq. Ferro Mangani album. Hell, L. F.-M. pepton. H. und L. F.-M. sacchar. H., endlich Dr. Wilhelm's Kefirpulver, Malzextract-Präparate, Liebig's Kindersuppen-Extract etc.

A. Keysser (Hannover) flüssige und weiche medicamentöse Seifen nach Dr. F. Buzzi, ferner Liquor Ferro-Mang. pept. Keysser und Eisen-Mangan-Pepton-Chocolade.

Dr. Graf & Comp. (Berlin) Boroglycerin- und Boroglycerinlanolin- Sublimatpastillen, hypodermatische Tabletten u. s. w.

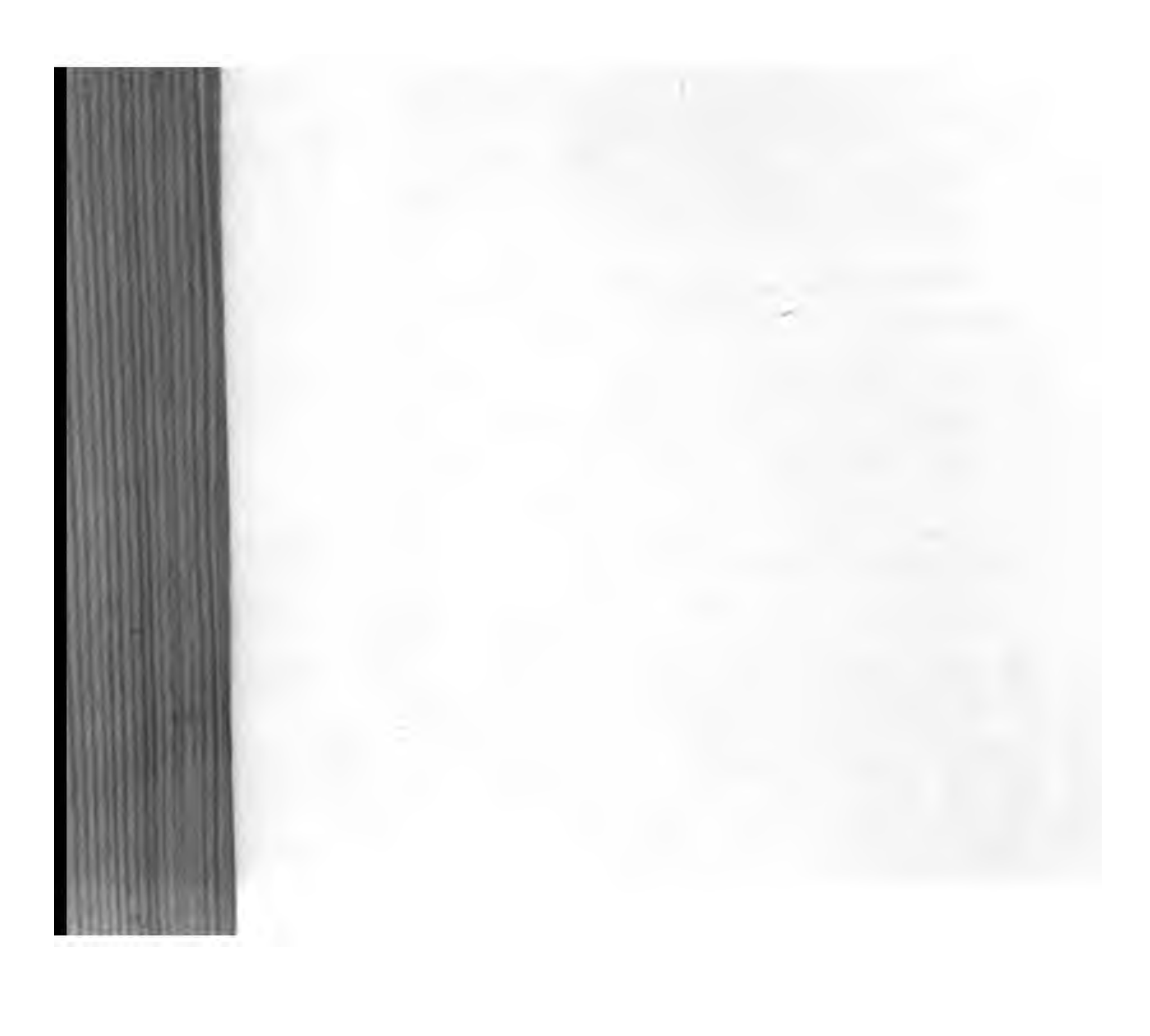
Saxl (Wien), Sublimat-Thymolseife, Dr. Weinberg (Wien) Schwefel-Styraxsalbe.

C. Stephan (Dresden) Urethral- und Prostata-Anthrophore, elastische Salbenspritzen, Gonorrhoe-Sonden zur Application von Lanolinsalben und andere Harnröhren-Instrumente eingesendet.

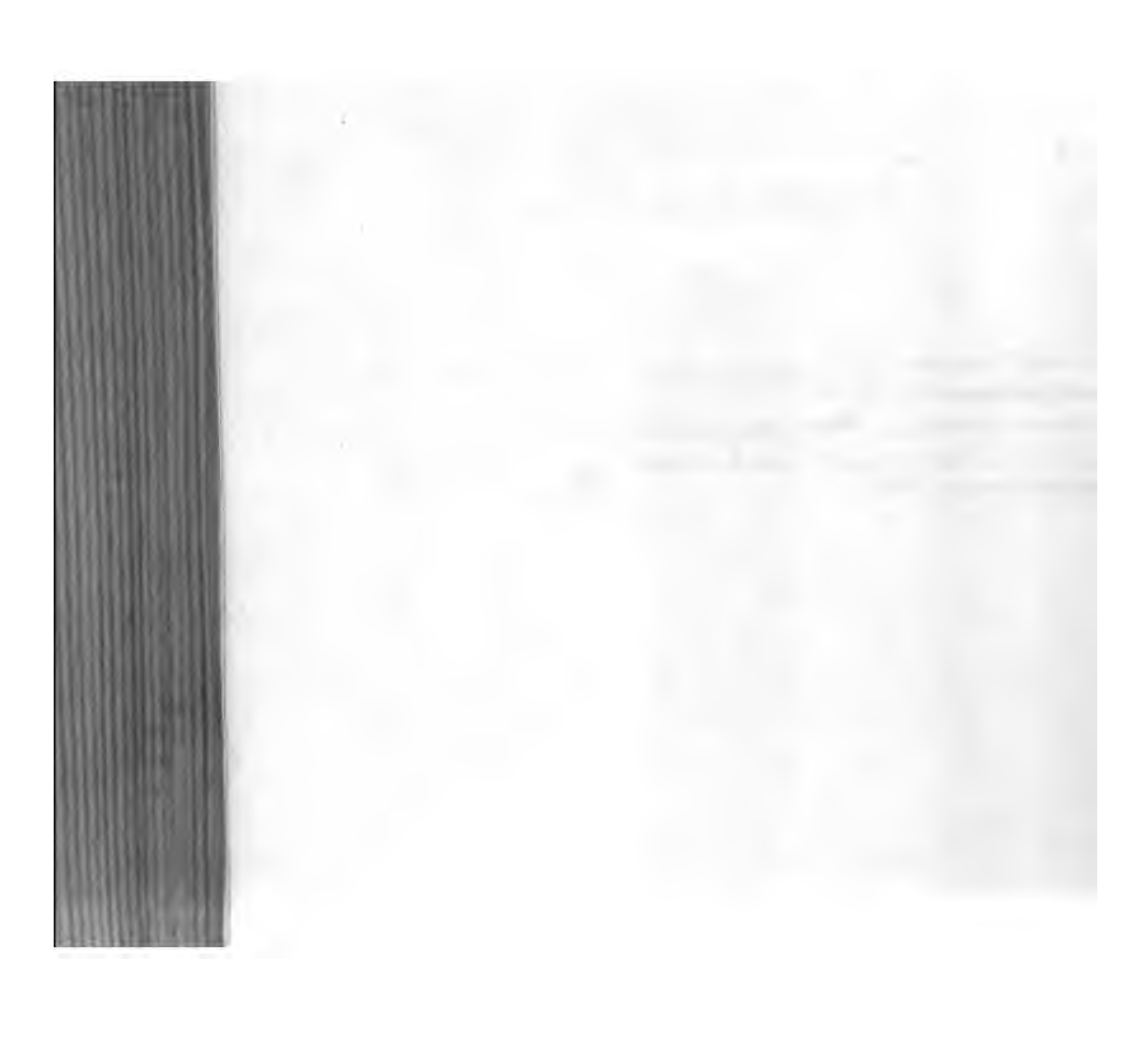
F. Bayer & Comp. (Elberfeld) Europhen, Aristol, Phenacetin, Sulfonal, Trional, Salophen etc.

Ferner waren noch angemeldet von Benno Jaffé & Darmstädter in Martinikenfelde Lanolin-Präparate, von H. Trommsdorf in Erfurt Sozojodolsalze und chemische Producte, von S. Radlauer in Berlin Antinervin, Antisepsin, Somnal, Dr. Schleich's Wachspasta und antiseptische Marmorseife, endlich von Adolf Czernicky Gelatinekapseln.

Die Präparate dieser 4 Firmen sind jedoch nicht rechtzeitig zur Ausstellung eingelangt.



# TAFELN.



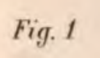




*Fig. 2*



*Fig. 3*



ampana dis.



*Fig. 1*

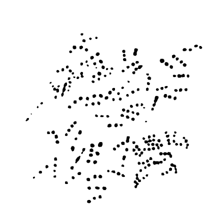


*Fig. 2*



*Fig. 3*

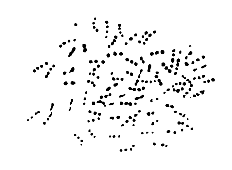


*Fig. 4*



*Fig. 5*



*Fig. 6*




S.

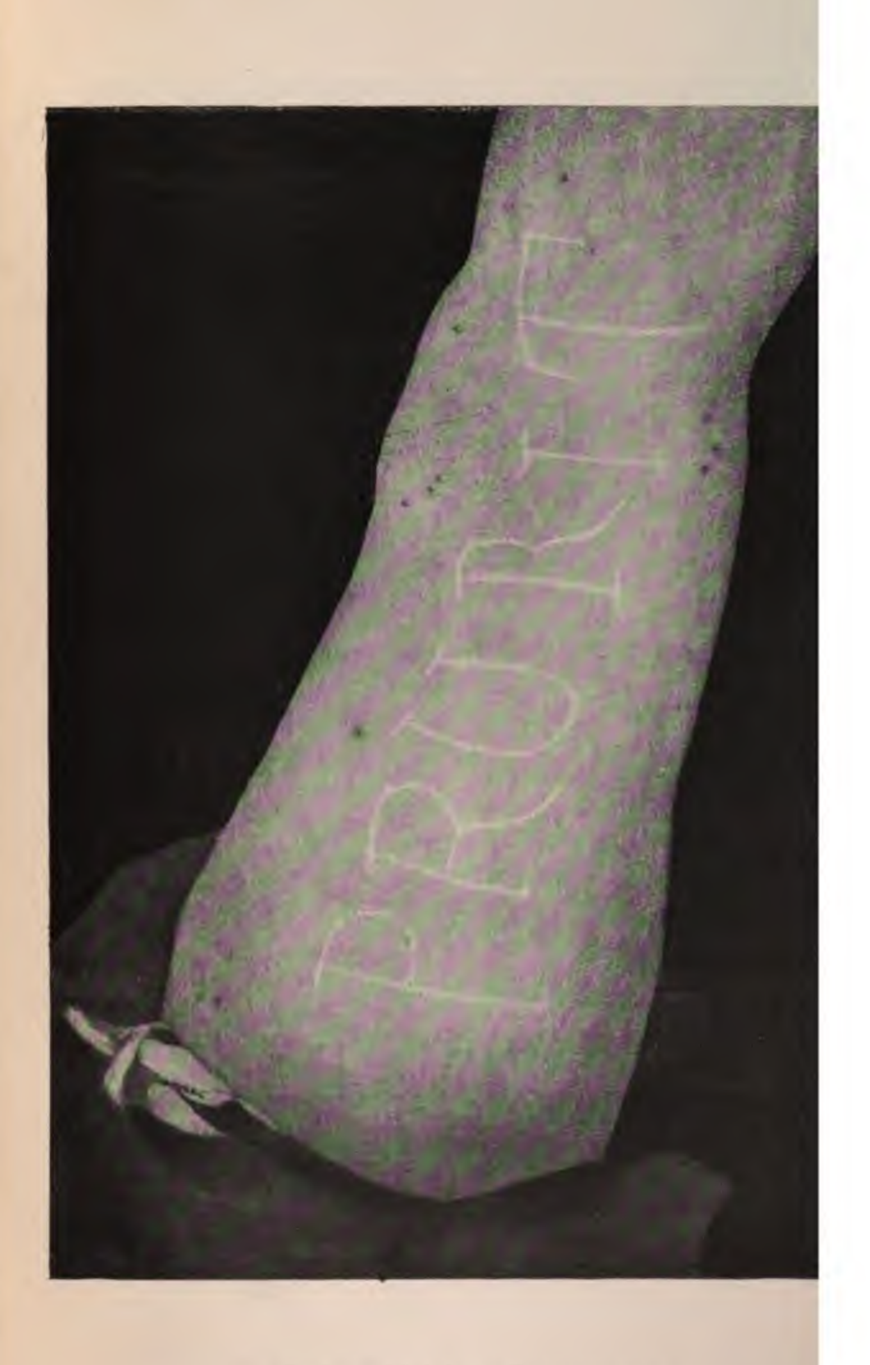
Lit. Salussi

Taf. III.

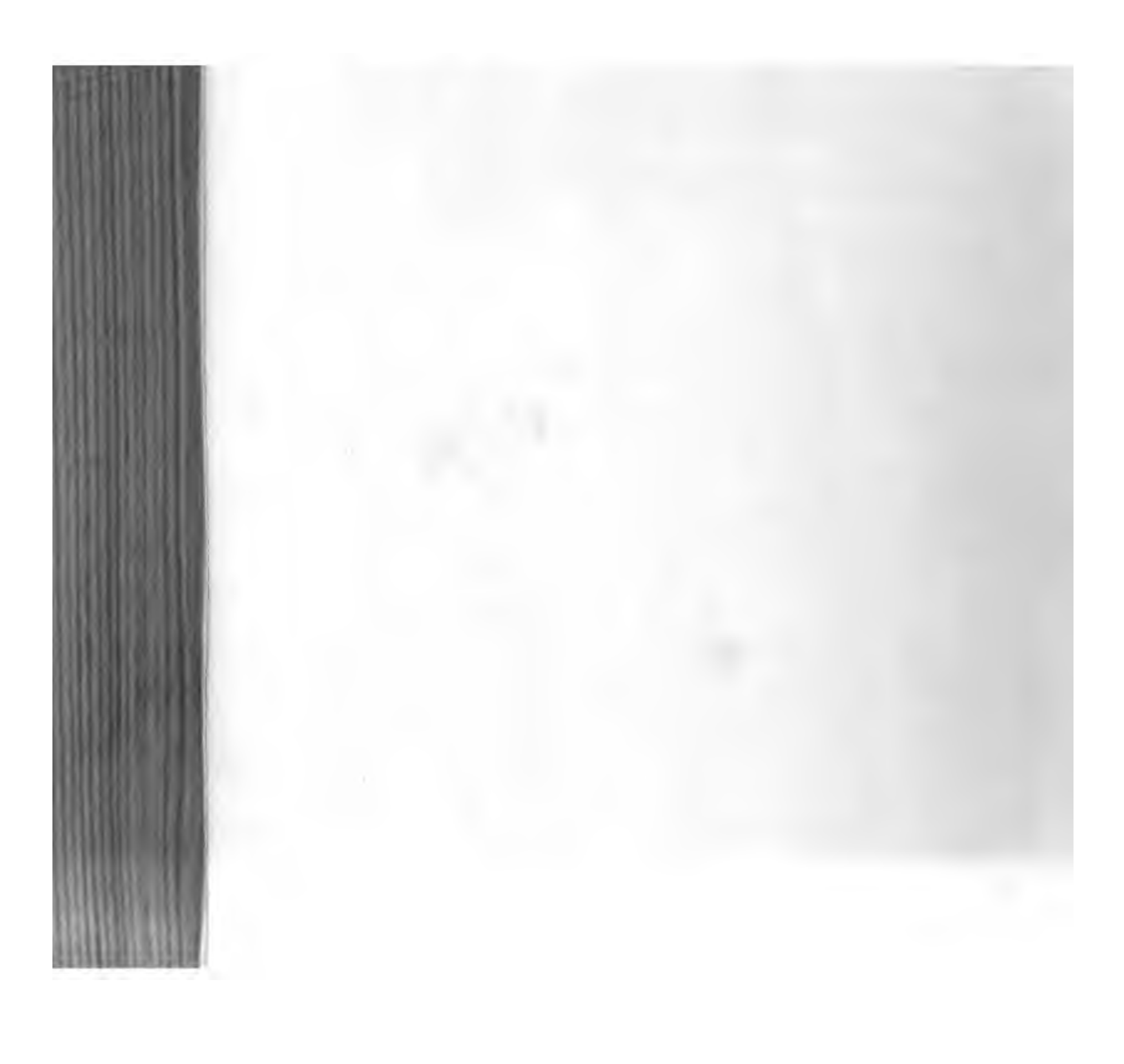


Signes et caractères durables et saillants.
Marques, inscriptions, impressions et empreintes persistantes.






Dermographisme blanc, crayeux et restant tel.
Peu saillant.





Simulation d une dermatose sur une peau, véritable sensitive.

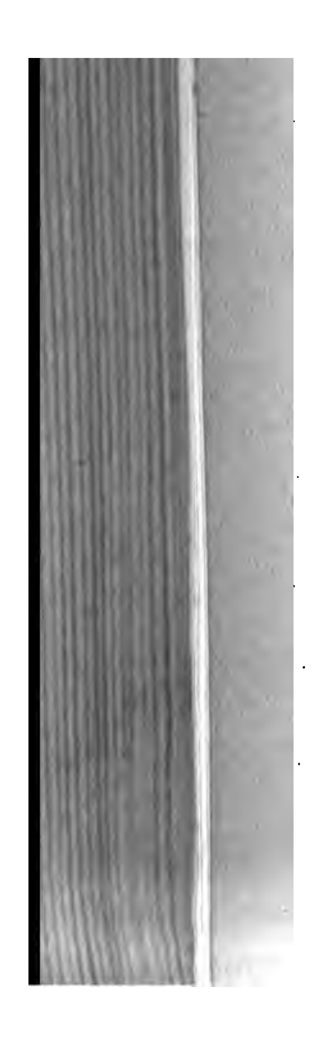


Taf.




Dermographisme rose, saillant, durable.

Stigmates diaboliques. — Signes de possession. — Marques des sorciers






T5 International congress of
I61 dermatology, 2d, Vienna.
1892 Bericht. 44063
NAME
DATE DUE

